

# ORVOSI HETILAP

MEGJELNIK MINDEN HÉTEN

Szerkesztőség és kiadóhivatal: VIII., Üllői-út 26., IV. em. — Telefon: 345-113. — Hirdetések felvétele a kiadóhivatalban.  
Előfizetések beküldhetők: 22.968. sz. csekk számlánkon. — Romániában: Borsos Béla dr. Arad, Str. Gen. Grigorescu 5. 1500 L. —  
Slovákiában: Eleőd Solt, Handels- u. Kredit-B. Bratislava. 300 Sk. — Előfizetési díj: az »Orvosi Hetilap« és »Orvostudományi  
közlemények«-re együttesen egész évre 44 P, félévre 22 P, negyedévre 11 P, egyes szám ára 1 P. Külföldre 54 P

## TARTALOM:

**Benedek László:** Kóros szervérzések (coenaestho-  
pathiák) idült járványos agyvelőgyulladásban.  
(Gyógyítás elektrochock útján.) (375—377. ol-  
dal.)

**Teveli Zoltán:** A heveny fertőzőbetegségek csecse-  
mőkori sajátosságai. (377—379. oldal.)

**Melléklet:** Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (61—64.  
oldal.)

**Gaál István és Páldy László:** Idült hydrocephalus  
kórképét utánzó meningitis basilaris. (379. ol-  
dal.)

**Irodalmi szemle.** (380—383. oldal.)

**Vegyes hírek.** (384. oldal.)

# Corediol

Pyridin- $\beta$ -carbonsavdiaethylamid 25%-os vizes oldata

## A légző és vasomotoros centrum izgatója

Collapsus. Acut szívgyengeség. Vérkeringési és légzési zavarok.

Hypotonia. Fertőzőbetegségek kapcsán fellépő keringési insufficiencia

5  $\times$  2 cm<sup>3</sup>-es és 3  $\times$  5 cm<sup>3</sup>-es ampullák, 10 és 50 cm<sup>3</sup> solutió



**RICHTER GEDEON** vegyészeti gyár r. t., Budapest, X.



# ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC, V. BERDE KÁROLY, GORKA SÁNDOR, HÜTTL TIVADAR, BALÓ JÓZSEF,  
VÁMOSSY ZOLTÁN, MÉHES GYULA, REUTER KAMILLÓ, JENEY ENDRE, VIDAKOVITS KAMILLÓ.  
FELELŐS SZERK.: VÁMOSSY ZOLTÁN. Fogad kedden és pénteken 12—1. SZERK.: FRITZ ERNŐ.

A budapesti Elme- és Idegkórtani klinika közleménye. (Igazgató: vitéz Benedek László ny. r. tan.)

## Kóros szervérzések (coenaesthopathiák) idült járványos agyvelőgyulladásban.

(Gyógyítás elektroshock útján.)

Irta: vitéz Benedek László dr.

Alábbi észleletünk évek óta fennálló, igen súlyos, a beteg egész socialis összetartását befolyásoló, a különböző gyógyeljárásokkal szemben teljesen refractaer központi fájdalmakra, organ-sensatiókra, testschema-zavarokra vonatkozik, amelyek rövid elektroshock-kezelésre meglepő módon elmaradtak.

Az idült járványos agyvelőgyulladásban megjelenő activ érzésszempontok között a fájdalmak és negatív színezetű fonákérzések az eseteknek mintegy négyötödében fordulnak elő. A fájdalmak egy része spinalis gyöki és neuralgiás jellegű, a másik részét pedig a thalamus és a hypothalamus struktúráinak izolálása vagy gyulladásos izgalma tartja fenn. A hyperpathiás karakter az arc- és fejfájdalmakban is megjelenik; az E. Müller által leírt »Haarweh« éppúgy, mint a »placca occipitale«, »frontale«, a pseudoneurotikus formákban előtérben állanak. A részleges testschema-zavarokkal járó fájdalmak és paraesthesiák Demy és Camus leírásai után mint coenaesthopathiák ismeretesek; Bechterew »pseudomelia paraesthetica«-ról beszél, Calligaris »la neurasthenia postencephalitica« formájának coenaesthesiás hallucinatióiról számolt be. A »testa vuota« (üres fej-érzése) éppúgy, mint a fent leírt érzésanomaliák élesen localisált voltukkal és tudati világossággal tűnnek ki. A fájdalmakat és fonákérzéseket állandóságuk különösen jól jellegzi. A fájdalmak- és schema-zavarokkal járó paraesthesiák ritkább esetei rohamszerűen jelentkeznek. Az élesség és a körülírtság olyan tünetek, amelyek az epidemiás idült encephalitisre jellemzők.

Úgy az encephalitis-, mint a thalamus-irodalomból ismeretes, hogy ezen coenaesthopathiák, dysaesthesiák és »centralis« fájdalmak a legmakacsabbak és gyógyszeresen alig befolyásolhatók; egyes szerzők éppen ezen utóbbi

tulajdonságot diagnostikai szempontból is hasznosítani kívánják.

A származástant illetően Calligaris úgy véli, hogy a járványos encephalitis idült formájában jelentkező fájdalmak vagy sympathikus vagy pedig thalamusos eredetűek. Ismeretes, hogy Calligaris előtt P. Marie a thalamus-sérülést kísérő dysaesthesiás együttest a sympathikus-rendszerre vonatkoztatta, utalva ugyanakkor az »instabilité vasomotrice«-ra is. Egyik, Pap Zoltán által közölt klinikai esetünkben hemithermohypaesthesiás területre gyakorolt hőbehatásra ugyanazon testfél bőrfelületén diffus vasodilatatio és hyperhidrosis jött létre szédülés kíséretében, a hypaesthesiás oldal felé. Erős hőinger collapsust váltott ki. A centralis fájdalmak menstruációval kapcsolatban rendkívül élesek. K. Wilson is a »neurovascularis« tényezőnek szerepét véli fontosnak a hyperpathiás alakban.

Valószínű az is, hogy mint az Cushing, továbbá Beattie, Brow és Long kísérleteiből, van Bogaert-nek adamantinoma-, L. Guttman-nak gyomrocstumor-esetéből, Lhermitte, Roussy és mások klinikai megfigyeléseiből kitetszik, a vasomotoros és secretoros tünetkomplex a diencephalikus autonóm szerkezetek befolyásolásához van kötve. Valószínű, hogy ezen struktúrák nemcsak a vaskos velőköteg, hanem a laterális magnak a gyomrocsszürke felé való állományfolytonosságán át az érzéscollector felől is megközelíthetők. Mint ismeretes, a »centralis« fájdalmat thalamus-bántalomban már L. Edinger ismertette. A nucleus ventrolateralis sérülése elsősorban jár együtt hyperpathiával és központi fájdalmakkal. Felvehető, hogy a thalamus bántalom ilyen esetekben a caudo-ventrolateralis szakaszban (r. thalamogeniculatus vérellátási zónája) igen könnyű, részleges és vezetési megszakítással nem jár. Ezért úgy a felületes, mint a mély érzésqualitások (sensibilité analytique et synthétique) megtartottak. Lhermitte és Fumet után számosan megerősítették a »forme algique du syndrome thalamique« létezését. Idevonatkozólag utalunk régebbi közleményeinkre.

Míg a classikus thalamus-tünetek és így a »forme algique« is a r. thalamogeniculatus (art. cerebr. post.) circulációs területének bánt-



talmával függ össze, addig a másik nagy tünetkomplex: a »variété supérieure du syndrome cérébellothalamique« Foix és tanítványai szerint az art. cerebr. p. retro-mamillaris thalamoperforatus ágának területéhez tartozó bántalommal hozható összefüggésbe. O. Foerster az organsensibilitást a mindkétoldali thalamus épségéhez kötötte, bár leírt esetet, amelyben féloldali thalamusgóc mellett a pleuritis teljesen fájdalom nélkül zajlott le.

**Head és Holmesnek (Luys és Déjérine után)** a sensibilitásra vonatkozó úttörő kutatásai a látótelep bántalmaiban több érzészavar-szindrómát engedtek megismerni, olyat, amelyben az összes érzésqualitásokra nézve az ingerküszöb emelkedett és olyat, amelyben a fájdalomérzés normalitása mellett a bántalom leginkább a helyzet- és a nehézségérzést sujtotta (ez előbbi nevezhetnénk a cynallactikus egész-tan értelmében infracaudalis, az utóbbit supracaudalis typusúnak). A test térbeli képének a „schema-kiesés” értelmében való megváltozását algiditási krisisekkel, kryaesthesia érzékesalódásokkal együtt insulinschock hatására már leírtam. Hasonlóképp utalok a somato-statikus és functionalis jellegű „testvázlat” zavarok kérdésében Benedek és Angyal ezirányú közléseire. Calligaris negatív organhallucinációkat is leír más coenaesthesia hallucinációk mellett idült encephalitisben.

Az idült encephalitisben szenvedő betegeknek igen labilis vasovegetatív beidegzése magyarázza azok rendkívüli érzékenységet meglegre, ami fejfájást, rossz közérzetet, szédülést, enyhe zavartságot és tudatborulást válthat ki. Az olasz szerzők e miatt melegfürdőpróbát is ajánlottak, mint diagnostikai eszközt. Calligaris „la fame d'aria”-ról beszél, vagyis zárt szén-savdús fülledt levegőben a Basedow-betegek Bryson-féle tünetére emlékeztető és részben a mikropnoëval is összefüggő nyomasztó érzésről: a „levegő-éhség”-ről.

Esetemet röviden a következőkben ismertetem:

K. T.-né, 43 éves nő, 1944. I. 27–II. 19-ig állott klinikánkon kezelés alatt. Családi terheltég nem ismeretes. Egy egészséges gyermeke van, 2 művi ab. Kb. 20 év előtt lázas beteg lett tartós homlok-táji felfájással. Ugyanekkor bizonytalan időn át aluszékony, hypersomniás volt. Mintegy 7 év előtt char. klere megváltozott. Az addig nyugodt, csendes, türelmes, alkalmazkodó, do'gos beteg, ideges, ingerlékeny, türelmetlen lett. Kezei remegtek. Fejét üresnek érezte (»olyan a fejem, mint egy üres hordó«). Ugyanezt állítja testéről is. Majd újabb rendellenességek állanak be. A meleget nem bírja, meleg fürdőbe nem tud beülni, mert tűrhetetlen hevülést érez. Szobájában még a legnagyobb hidegben is éjjel-nappal nyitva kell lenni az ablaknak, mert különben nem tud bennmaradni. Bezárt szobában nem tud tartózkodni, mert azonnal heves légszomj lepi meg, úgy érz, hogy megfullad. Az addig csendes, alkalmazkodó beteg ezen tünetek miatt szinte réme lett a családjának. Hozzá tartozóit tirannizálta és az egész család

lád mindennapi élete betegségéhez igazodott. Hónapok óta dysmenorrhoeás.

**Jelen állapot:** Pyknikus habitus. A fanszörzet masculin typust mutat, főleg a combokon és a mell közepén kifejezett hypertrichosis. Tüdők épek. Szívhatárok normalisak, szívhangok tiszták, szív működés felmagasztalt. Pulsus 130, rhythmusos, aequalis. Kisfokú struma. Igen esékény érbeidegzés. Elénk dermo-, pilo- és vasomotoros reakciók. A klinikai tartózkodása alatt fürödni nem tud, ha fürdetjük kipirul, hőhullámot érez, »azonnal meggyulladok« kiabálja és kiugrik a fürdőből. A normalisan temperált kórtérben nem tud megmaradni, mert úgy érzi, hogy meg kell fulladnia. Az ablakokat állandóan nyitogatja, ami állandó vitákra ad alkalmat betegtársaival, vagy ha a hideg miatt az ab aknyitást megtiltjuk, kimegy a folyosóra. Koponyáján rendellenesség nincs. Központi jellegű végtagfájdalmak. Idegnyomáspontok nem érzékenyek. Agyidegek részéről kóros eltérés nincs. Arca kissé m. milkaszegény. Mozgásai lassúak, kissé merevebbek, az élettani együttmozgások kevésbé kifejezettebbek a szokottnál. Behúnyt szemmel irányt tart, Romberg negativ. Izomerő, tónus ép. Reflexkörben kóros eltérés nem észlelhető. Ép cerebello- és frontomotorium. Alapanyagcsere: +34. Vérkép normalis. Cukor-terhelés normalgörbét mutat. Liqueurban kóros eltérés nem mutatható ki. Therapiás insufflatiókat és bolgárkúrát vezettünk be teljesen eredménytelenül.

II. 14-én elektroshock-kezelést kezdtünk.\* (94 KW, 300 MA, 0.4 sec.). Typusos göcsrohamot kapunk 1 órán át tartó kódós állapottal. Másnapra meglepő változást észlelünk. A beteg örömmel jelenti, hogy lényegesen jobban érzi magát. A zárt és meleg szoba levegőjét jól bírja, légszomja nincs, sőt néhány percen át a meleg fürdőt is eltűri. A test ürességérzete megszűnt. 2 nap múlva újabb shock ugyanezen dosissal. Másnapra panaszmentes. Jól aludt. Frissnek érzi magát. Ürességérzése megszűnt; légszomja nincs, hőhullámok nem gyötrik. A II. 16- és 18-iki shockok hasonló módon zajlanak le, a negyedik shock után próbaképpen több, mint 1/2 órán át 38 C fokú vízben hagyjuk ülni, anélkül, hogy bármilyen kellemetlen érzése lenne. A fürdőt élvezzi, hőhullámok nem gyötrik, légszomja megszűnt. A klinikát ebben az állapotban hagyja el, shock-kezelést ambulanter folytatjuk. 14 nap múlva enyhébb recidiva miatt rövid elektroshock-sorozatot folytatunk le sikeresen. A neurotikus »Überbau«-n kívül az alaptünetek teljes elmúlása volt észlelhető.

Hogy a hatás vajjon az anoxymias, humoralis, vasalis tényezők közrejöttével, illetve a magasabb vaso-vegetatív szerkezetek befolyásolása következtében állott-e elő, ez kérdéses marad; valószínű, hogy több factornak volt része benne. Angyal és Gyárfás cardiazolgörésekben a vasoconstrictiót előidéző hatásmechanismust láttak, amelyet a cortex fokozott átvéreztetése követ. Ugyanők a neuropathologiai magyarázatban a praefrontalis terminalis régiót állították előtérbe, míg Zucker az agytörzs jelentőségeit emelte ki. Pözl az amnesia, Benedek és Pap a kóros tudati tartalmak dissociációját és ezzel az „Entübung”-ot, Schae-

\* Az elektroshock kezelésére a Siemens-féle állandó feszültségre beállított convulsator használtuk fel.



fer, Magenau és Georgi a vegetatív áthangolást, Müller a hormonalis átállítást, mások a vasalis tényezők szerepét jelzik fontosnak a származástani megértésre. Humboldt és Friedmann mélylélektani, existential pszichológiai magyarázatot találtak a schock-hatásra az életakaratban, amely a schokk alatt a fenyegetettség átélésére fejlődik át.

A budapesti Gyermekklinika közleménye. (Igazgató: Hainiss Elemér egy. ny. r. tanár.)

## A heveny fertőzőbetegségek csecsemőkori sajátosságai.

Irta: Teveli Zoltán dr.  
egy. m.-tanár

A csecsemőn legtöbbször másként folynak le a heveny fertőzőbetegségek, mint a gyermekén. Így pl. a Di. a csecsemőkorban legtöbbször enyhébb, a dysenteria súlyosabb. A kanyaró súlyossága csecsemőkorban legtöbbször attól függ, örökölt-e a csecsemő az anyától humorális immunitást és hogy társul-e a kanyaróhoz szövődmény.

A fertőzőbetegségeknek a csecsemőkorban való sajátosságos lefolyást főleg 2 tényező okozza. Elsősorban a csecsemő szöveteinek sajátosságos, a nagyobb gyermekéhez képest még éretlen reakciója a kórokozóval szemben. Nagy jelentősége van továbbá az anyától örökölt, az anyatejjel szerzett és a csecsemő korával csökkenő immunitásnak is. A csecsemő szöveteinek sajátosságos reakcióját a kórokozóval szemben, az aránylag csekély allergiákésztség, a gyomor-bélhuzam érzékenysége, a légzőszervek nyálkahártyájának érzékenysége, továbbá az anyagcserének labilitása, a tixicosisra való hajlam fejezi ki.

Csecsemőkorban az allergiákésztség még aránylag csekély. Mindazok a jelenségek, amelyek az allergia csoportjába tartoznak, csecsemőkorban csak csökevényesen jelentkeznek. Az allergiás lob a fertőzés localizálására törekszik (pneumonia crouposa, perifocalis tbc. lob. stb.), ennél fogva megakadályozza a generalizálódást és tömíti a fertőzőbetegség súlyosságát. Az allergiás lob, vagyis az allergiás reactio, amely a kórokozó localizálására törekszik, olykor maga is súlyos tüneteket idézhet elő (serumbetegség, stb.). Csecsemőn az allergiás betegségek, az allergiás reakciók csaknem egészen hiányoznak, ennek megfelelően némely fertőzés, mint pl. a pyogen coccussal való, könnyen általánosul, sepsist okozhat. A kanyarónak, a bárányhimlőnek, a serumbetegségnek a kiütését, valamint a serumbetegséget, az allergia fogalmának keletkezése óta, allergiás jelenségnek tartjuk. Ezek a kiütések a csecsemőn legtöbbször gyér alakban jelentkeznek. Némely megfigyelés és állatkísérlet is mindinkább arra mutat, hogy a diphtheriás alhártynak és a nagyobb gyermekkorban előforduló malignus Di. lepedékének keletkezése allergiás tényezőkkel van összefüggésben. A malignus Di. lepedéke allergiás tényezők következtében lesz

nagykiterjedésű, vizenyős. A helyi folyamat gyors fejlődése és nagy kiterjedése következtében lesz a Di. súlyossá. A malignus Di. súlyosságát, ezek szerint, allergiás tényezők is befolyásolják. Ennek a feltevésnek megfelel az, hogy lepedékes és malignus Di. csecsemőkorban ritkán fordul elő.

A gyomor-bélhuzam érzékenységet illetőleg a coliascensio jelentőségére, a dysenteriafertőzés súlyosságára, a csecsemő gyakori hányására utalok. Másodlagosan bármely fertőző betegség előidézheti a csecsemőkorban, hogy a vastagbél coliflórája a vékonybélbe hatol föl. A coliascensio dyspepsiát, olykor toxicosist idézhet elő. A hányásra való készség minden enterális és parenterális fertőzéssel kapcsolatban megnyilvánulhat. Minden fertőző betegség, az egyszerű angina is, előidézhethet hányást, amely gyakran csillapíthatatlan és a csecsemő táplálkozását nagyon befolyásolja.

Csecsemőkorban főképen a grippét, kanyarót, számarhurutot, de a vörhenyt, typhust, vérhast is gyakran kísérik a légutak hurutos betegségei. Ezek közül a kanyaró és számarhurut utáni bronchopneumoniának, továbbá a kanyaróval, vörhenyyel, vérhassal kapcsolatos középfülgyulladásnak van jelentősége.

Csecsemőkorban csaknem minden fertőző betegséggel egyidőben, vagy az után, támadhat dyspepsia, enteritis, amely utóbbi a dysenteriahoz hasonló súlyosságú lehet. Ezeknek a dyspepsiáknak és enteritiseknek kezelése az elsődleges dyspepsiákéhoz és enteritisekéhez hasonló. A kezelést itt is teadiaetával vezetjük be, amelyhez nyákot, 2–3% dextrin-maltose készítményt adhatunk saccharinnal. Hányás, hasmenés, exsiccosis vagy nagy súlycsökkenés esetén egy kevés sót is kell adnunk a teához ( $\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{2}$ -os Ringer-oldat, vagy 1–2 % sós tartalmazó tea). Teadiaeta után a tejet csak fokozatosan iktatjuk be, súlyos esetben egészen lassan, úgyhogy a  $\frac{1}{2}$  tejhígítást csak 4–5 nap múltán, vagy még később érjük el. A Rizomaltant, Maltoflossint, Orizát, Hordenzymet, Maltiront (diaetás, szárított tejkészítmény), stb. hasonlóképen alkalmazzuk, mint az elsődleges dyspepsiában és enteritisben.

A csecsemőkori toxicosisok legnagyobb része nem alimentáris, hanem enterális és parenterális. Toxicosis főképen vérhas, otitis, grippe, kanyaró, meningitis következtében támad. Az otoscopia igen fontos, mert a toxicosisok keletkezésében az otitisnek legnagyobb szerepe van. Gyakran a fertőző betegséggel szövődött otitis idézi elő a toxicosist (influenza, vérhas, kanyaró). A fertőző betegségekkel kapcsolatos toxicosis orvoslása több hétig is eltarthat (alapos éheztetés sós teával, megfelelő táplálás, lehetőleg anyatej, a folyadékvesztés pótlása 0.85% Na. Cl-ot és 10% szőlőcukrot tartalmazó oldat i. v. befecskendezésével, folyadékfelvételtől való gondoskodás, ismételt vérátömlesztés stb.).

Fertőző betegségekkel kapcsolatos, gyakori hányás esetén az éheztetés tartamát és az étrendet aszerint szabjuk meg, mi idézte elő a



hányást. Toxicosis esetén a betegség súlyossága szerint éheztetünk és csökkentjük a táplálékot. Egyszerű influenza vagy kanyaró esetén csak mérsékelten csökkentjük a táplálékot. Gyakori hányás esetén (főképpen hasmenéssel és étvágytalansággal együtt) arra kell törekednünk, hogy legalább a folyadék- és Na Cl veszteséget pótoljuk. A napi kihányt táplálék helyett, a napi szükséges folyadékmennyiségnek megfelelően, legalább sós-tápcukros teát adunk ( $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{4}$ -es Ringer). Ezt a teát a hányó csecsemő csak úgy veszi el, ha gyakran, kávéskanálnal adjuk. Csillapíthatatlan hányás esetén intravénásan és rektálisan kell bevinni folyadékot, cukrot és sót. Naponként 2—3-szor 100 cm<sup>3</sup> dextr.—Na Cl. oldatot fecskendezünk érbe (pl. physiologiás Ringer-oldatot, amelybe 10% dextrosét, sterilén készítve, oldunk). Végbélén át 8—10 cm-es gumiszondával, napjában 5—6-szor 40—80 cm<sup>3</sup> 10%-os dextrosét adunk, kb. 1% sóval keverve. Nyugtatószerek rendelese (Sevenal, Nautisan stb.) csak meningeális és pharingeális hányás esetén célszerű.

Fertőző betegségek alatt már az első napokban keletkezhet szív- és vérkeringési zavar. A szapora szív működés, sápadtság, elesettség már szív- és vérkeringési zavarra figyelmeztet. Ilyen esetekben korán kell beavatkoznunk: Corediol, Cormotyl, vagy digitalist kell adnunk. A Corediol, Cormotyl szájon át, bőr alá, izomba vagy érbe adjuk, az eset sürgőssége szerint. Collapsus esetén injectióban kell adnunk az érmozgató és légzőközpont említett analepticumait (Corediol, Cormotyl, stb.). Nagyobbfokú tachycardia esetén digitalist rendelünk: kis csecsemőnek naponként 0.1 cm<sup>3</sup>—2×0.2 cm<sup>3</sup> Adigant vagy 0.2 cm<sup>3</sup>—2×0.4 cm<sup>3</sup> Lanaclarint izomba; nagy csecsemőnek súlyos esetben naponként 0.5 cm<sup>3</sup>—2×0.5 cm<sup>3</sup> Adigant vagy 1 cm<sup>3</sup>—2×1 cm<sup>3</sup> Lanaclarint is adhatunk izomba. A digitalist így 3—4 napon át folytathatjuk és ezt a 3—4 napos kúrát néhány nap múlva meg is ismételtethetjük. Sürgős esetben, nagyfokú tachycardiában, 1—2 napon át, pro die (egy adagban) 0.00005—0.0001 g, azaz  $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{5}$  ampulla Strophantint kell érbe fecskendeznünk (pro die 2×0.0001 g!) óvatosan, 10—20% dextroséval együtt. A coffein tachycardiát és nyugtalanságot okoz, azért ilyenkor jobb mellőzni.

A fertőző betegségek (főképpen otitis-szel és enteritis-szel párosulva) atrophiiára, decompositionra vezethetnek. Ezért megfelelő táplálással, C- és D-vitaminnal, ismételt vérátömlesztéssel kell megakadályozni a csecsemő leomlását.

A láz korai orvoslása azért fontos, mert a nagy láz eclampsiára vezethet. Amely házban csecsemő van, ott állandóan lázesillapítót is kell tartani (pl. 0.05—0.1 g amidazophen-kúpot, lázesillapító porokat 1—2 evőkanál meleg vízben csőrénél is be lehet adni). Ha az antipyre-

ticum hatása nem kielégítő és a láz nagy, akkor negyedóránként törzsbörítést alkalmazunk. Egyszerű betegségből eredő eclampsia is okozhat halált. Az eclampsia agyi fertőző betegség bevezető tünete is lehet.

Az otitis és bronchopneumonia gyakori szövődmény és csaknem minden fertőző betegséget követhet. A csecsemő alapos megvizsgálásához az otoscopia is hozzátartozik. Ezekben a szövődményekben sulfamid-készítményeket kell adnunk nagy adagban. Súlyos esetben pro die, tskg-kint, 0.15 g Ultraseptylt kell adnunk a csecsemőnek. Csecsemőkorban az Ultraseptylt, Ronint, Sulfapyridint alkalmazzuk leggyakrabban (szövődményes bronchopneumonia, otitis media, meningitis epidem., pneumococcus meningitis, stb.). Erysipelas, vörheny esetén Ambesid, Deseptyl, p. a. b. sulfamid, Prontosil stb. a hatásosabbak, dysenteria ellen Sulfoguanidin.

Vérátömlesztésre gyakran van szükség (2—3 naponként 20—30 cm<sup>3</sup>, vagy 5—6 naponként 50—100 cm<sup>3</sup> azonos csoportú vér i. v.). A szövődményes kanyarót és szamárhurutot, a tartós lázzal járó (vagy szövődményes) vörhenyt, a súlyos vérhast, typhust, az agyi fertőző betegségeket, az ezek kapcsán keletkezett toxicosist, decompositiont vérátömlesztéssel kell orvosolnunk. Izomba adott 5—20 cm<sup>3</sup> vér nem helyettesítheti a vérátömlesztést. Az ilyen izomba adott, kismennyiségű vért még hatásosabb lehet kevert, normalis emberi vérsavónak 20—40 cm<sup>3</sup>-e izomba, lehetőleg 2—4 naponként ismételve. A vérátömlesztésnek fertőzés és anaemia elleni hatása van, a normalis emberi savó csak fertőzés ellen hat. Az emberi serum csak addig helyettesítheti a vérátömlesztést, amíg az anaemia káros következményeitől nem kell tartanunk.

Ha serum és vér nem áll rendelkezésre, akkor (főképpen vidéki gyakorlatban) gyógyszerári készítményekhez fordulhatunk. Az utóbbi években több, gyógyszerárban beszerezhető, emberi vérsavó-készítmény került forgalomba, amely szülő anyák placéntájából készül. A Wander-gyár 1944-ben hozott forgalomba egy Seroplacent nevű készítményt, amely szintén szülő anyák placéntájából készül és az emberi vérsavóhoz közelálló készítmény.

C-vitaminról minden fertőző betegségben gondoskodni kell, főleg a súlyos esetekben és hogyha azt gyümölcslével kellő mennyiségben nem vihetjük be, készítményt rendelünk (tabletta, injectio). Súlyos esetekben naponként 0.1—0.3 g C-vitamin készítményt kell adnunk.

Az otitisnek és a mastoiditisnek a fertőző betegségekkel kapcsolatban nagy jelentőségük van, mert ezek gyakran több héten át kísérhetik a fertőző betegségeket, súlyosbítva és tartva a fertőző betegségek által okozott tüneteket. Nem minden otitis csecsemő kapkod a füléhez, ezért az otoscopiai ellenőrzés szükséges. Hányás, hasmenés, nyugtalanság, étvágy-



# AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

## A rheumás betegek diätetikája.

A rheumás megbetegedések gyógykezelésében mindig fontos szerepet töltött be a diéta, abból az elgondolásból kiindulva, hogy minden idült ízületi baj köszvény. A betegeket eltiltották tehát a húsevéstől és az annyira megrögződött a köztudatban, hogy még ma sem tudunk tőle szabadulni s lépten-nyomon találkozunk betegekkkel, akik egyenesen elvárják tőlünk a szigorú tiltó étrend előírását, mert már meg is szokták, hogy gyógyulásuk érdekében sok mindenről le kell mondanunk. Pedig a valódi köszvény hazánkban igen ritka.

Ha az ízületi betegségek diätetikájának újabb történetére visszatekintünk, akkor azt látjuk, hogy az étrendi előírásokban uralkodó irány nagyjában mindig megfelel az orvostudomány aktuális felfedezéseinek. Így mikor Garrod felfedezése nyomán (1859) a köszvény és a húgysav közti összefüggés bebizonyosodott, az ízületi betegeknek eltiltották a belső szervek élvezetét, — amikor a véreukorra és a szénhydrátanyagcsere terelődött a figyelem, Pemberton kezdeményezésére az ízületi gyulladások kezelésére a szénhydrátszegény étrend került alkalmazásra. A vitaminok felfedezésének korszakában, a vitamindús nyerskoszt, gyümölcs- és főzeléknedvek itatása jön szóba. Ugyanez az étrend egyúttal megfelel a rheumás betegek pathogenesisében ma oly fontosnak tartott allergiás elméletnek.

Klinikai szempontból a mozgásszervi betegségek diätetikájával kapcsolatban a következő kérdések merülnek fel:

1. Kimutatható-e a táplálkozás befolyása a rheumás betegségekre készítő hajlamra?

2. Lehetséges-e befolyást gyakorolni diétás úton az ú. n. rheumás fertőzőtségre (góc-fertőzés)?

3. Van-e hatása a táplálkozásnak a rheumás ízületi gyulladások lefolyására?

4. Befolyásolható-e diétás úton a rheumás allergia?

5. Milyen anyagcserezavarok mutathatók ki a rheumás betegekben?

E kérdéseket az irodalmi adatok, valamint saját tapasztalataink alapján tárgyalom.

*Ad. 1.* Erre a kérdésre elsősorban a különböző táplálékon élő néprétegek körében végzett statisztikai kutatások kellene, hogy választ adjanak. Az ilyen vizsgálat eredményét azonban szükségképpen meghamisítja az a körülmény, hogy a különböző néprétegeknek és nemzeteknek táplálkozásukon kívül más és más az életmódjuk, ruházódásuk és lakóhelyüknek időjárási viszonyai is különböznek úgy, hogy hiba volna a rheumás betegségekre való hajlamot csakis a táplálkozási viszonyokra visszavezetni.

Az irodalmi adatokból csak indirekt követ-

keztetést lehet ugyan levonni, azonban ezen az alapon is jogosult az a megállapítás, hogy a rheuma nem speciálisan a szegény néposztály betegsége és hogy az időjárási viszonyosságoknak, *foglalkozással járó ártalmaknak* sokkal fontosabb szerepük van, mint a táplálkozás minőségének.

*Ad. 2.* Erre a kérdésre csak tagadó választ adhatunk, legfeljebb a *C-vitamin* szerepére utalhatunk, mely krónikus fertőzőtségek esetében mindig indokolt, a fennálló hypovitaminosis ellensúlyozására.

*Ad. 3.* Az irodalmi adatok szerint az akut lefolyású ízületi lob gyulladására úgy látszik gyorsítható a sószegény nyerskosztal, gyümölcsnedvvel, koplaló napokkal. Saját tapasztalataink e téren nem voltak olyan meggyőzőek, hogy megítélésünk szerint a rheumagyógyítás új fejezetéről beszélhetnénk a nyersétrend bevezetésével. Hosszabb időn keresztül a betegek nem tűrték, tehát krónikus gyulladásos folyamatok kezelésére nem alkalmazható, csupán arra szorítkozhatunk, hogy a krónikus betegek gyulladásos tüneteinek fellángolása alatt tegyünk kísérletet néhány héten keresztül. Ez intézetünkben számos esetben megtörtént, de igazán meggyőző eredményt nem láttunk tőle, úgyhogy nem tartjuk helyénvalónak; az ilyen étrendnek minden esetben, sablon-szerű alkalmazását. Mint ellenérvet feltétlenül ki kell emelnünk, hogy az idült infectarthritisen szenvedő betegeket minden eszközzel jó erőbeli állapotban kell tartanunk, úgyhogy nehezen szánjuk rá magunkat ilyen kalóriaszegény táplálásra, mely emellett még nem is könnyen emészthető. Más a helyzet az akut, vagy subacut infectarthritisek esetében, melyek az illetőt teljes egészségben érik és így nem látjuk akadályát annak, hogy a beteg étrendjét néhány koplalógyümölcsnedvnap után nyerskosztra állítsuk be 10–15 napon át. Ilyen tapasztalatokkal is rendelkezünk és ismét csak azt mondhatjuk, hogy a kezdetben makacsnak ígérkező esetek szigorú diéta mellett is elhúzódtak néhány hónapig, úgyhogy az amúgy is türelmetlen betegeket nem lehetett még a nyersétrend kellemetlenségeivel is hosszabb időn át terhelni.

*Ad. 4.* Válaszképpen Pewsner (Moszkva) véleményét idézem, amely szerint a szénhydrátok megszorítása deszenzibilizálólag hat és csökkentti a hyperaergiát. Ez az elgondolás egyébként fedi Pemberton elméletét is.

*Ad. 5.* A szénhydrát-tollerancia valamelyest csökkent. a vérkalcium (calcium) arány a kalcium javára tolódik. Egyéb positivum ezidő szerint nem áll rendelkezésünkre.

Külön említést érdemel a *húgysav* anyagcsere kérdésének jelenlegi állása. Mint bevezetőleg említettem, a közönség körében tartja ma-



gát az a tudat, hogy az ízületi bántalmakban szenvedőknek tilos húst enniük, mert „lerakódásaik” vannak. Különösen idősebb egyének, akiknek *Heberden*-csomók vannak, élnek abban a meggyőződésben, de nem egy ilyen-értelmű komoly orvosi előírással is találkozunk már. Hazánkban, ahol a valódi arthritissal *urica* ritka és a vérhúgsav vizsgálata — mely a biztos kórisme eldöntéséhez hozzátartozik — nem nagyon terjedt el, bizonyára helytelen, ha a húgsavanyagcsere zavarát, idősebb krónikus ízületi bántalmakban szenvedőknél alaposabb megfontolás nélkül feltételezzük és eszerint tiltó étrendi előírásokat adunk. Bár a kérdés gyakorlati jelentősége nem túlságosan nagy, mert a húsevés megszorítása mai tudásunk szerint senkinek sincs kárára, érdemesnek látszott néhány idült ízületi gyulladásban szenvedő egyén húgsavanyagcserejét vizsgálat tárgyává tenni. Intézetünkben 1934-ben *Benczur* már végzett ilyen irányú vizsgálatokat krónikus myalgiaknál és azon véleményének adott kifejezést, hogy talán mégis alábecsüljük ezen tényező szerepét az ú. n. „izomrheuma” keletkezésében. A vérhúgsavvizsgálatokat ezúttal is *Bogárdi* végezte, módosított *Tanhauser* eljárással, cyanidos közegben, ezenfelül figyeltük a húgsavkiválasztást is. 10 gr peroralisan bevitt natrium nucleicum után. Az intravénás natrium urat terhelés helyett ezt az utat kellett választanunk, esetleges kellemetlen mellékhatások elkerülése érdekében oly módon, hogy a 10 grammot egy nap leforgása alatt adagoltuk be ostyátokban. Az eredmények teljesen negatívak voltak, amennyiben az 52 betegnél a vérhúgsavértékek rendes terhelési próba normális kiválasztást eredményeztek. Talán fölösleges megjegyeznem, hogy a terhelés klinikailag sem okozott semmiféle változást, még két valódi köszvényben szenvedő betegünkön sem, kiknek kiválasztása elhúzódó volt.

Nem kívánok ezek alapján pálcát törni azok fölött, akik a krónikus polyarthritiss mögött anyagcserezavart keresnek, de ha van is ilyen, az bizonyára nem közelíthető meg az általunk járt úton: a húsevés eltávolításának pedig bizonyára nincs több értelme az ilyen betegek esetében, mint bármely más betegségben.

A mozgásszervi betegségeknek van még egy nagy csoportja, amely a klinikai gyakorlatban talán a legnagyobb jelentőségű: az *arthrosisok*, melyek diätetikai szempontból is különös helyet foglalnak el. Az elhízott egyének térd- és csípőízületi panaszaira utalok elsősorban, melyek magyarázataként Röntgen-nel a porcok elvékonyodását találjuk meg. Ezen betegek gyógyításában a diétának valóban fontos szerepe van, mert a *kórok*, az elhízottság, túlterheltség ellen kell beállítanunk. A fogyasztókúrák sokszor igen nagy nehézségekkel járnak, mert a betegek nehezen mozog-

nak, de gyakran már csekély súlyvesztés mellett is nagy hasznára vannak a betegnek. Minden eszközt meg kell tehát ragadnunk, hormonkezelést beleértve, hogy a betegek rendszeresen leadjanak testsúlyukból és meg ne hízzanak ismét. Hogy célunkat főleg a zsírok vagy szénhidrátok megszorításával fogjuk-e megközelíteni, az tapasztalat szerint nem lényeges és egyéni. A nyerskoszt szintén egyik módja lehet a fogyasztásnak, ha a beteg tűri és ha szerencsénk van, itt fogjuk a „rheuma” gyógyítás legszebb sikereit látni diétás úton.

*De Châtel Andor dr.*

a Szt. Gellért-fürdő főorvosa.

## Az oscillometria.

Az oscillometria tulajdonképpen akkor keletkezett, amikor 1708-ban *Hales* első vérnyomásmérőjét megalkotta. Azóta minden kutató megállapította a manometer-oszlop, illetve -mutató pulzusveréssel szinkron ingadozását. Ezt eleinte a systolés- és diastolés-nyomás közötti pulzusnyomásnak tartották. A századforduló körül tisztázódott, hogy a pulsatiós nyomásmáskülönbség amplitudója lényegesen nagyobb a kapott oscillatiós kilengésnél, amely a pulzus-hullámmal arányos ugyan, de csupán az artéria telődésétől és az érfal állapotától függ. Érzékeny készülékkel skálára vetíthetjük az oscillatiót, mely így az ér telődéséről és az érfal állapotáról tájékoztat.

Hazánkban az oscillometria elhanyagolt területe a gyakorló orvostudománynak. A külföldi negyedszázados múlttal szemben alig egy évtizede jelent meg az első oscillométer a klinikákon és azóta is alig alkalmazzák máshol. Pedig a vizsgálat semmivel sem körülményesebb, mint a vérnyomásmérés, sőt a használatban levő készülékek legtöbbször egyszerűbbek, mint az utóbbi célt is szolgálhatja. Nincs ugyan olyan nagy gyakorlati jelentősége, mint a vérnyomásmérésnek, de érdemes a vizsgálat lényegét megismerni, hogy a leleteket értékelni tudjuk. A perifériás keringési zavarok vizsgálatához és megbetegedések diagnosztikájához, sőt a prognózis felállításához szükség van az oscillometriára.

Minden gyakorlóorvos, aki vérnyomást mért, tapasztalta a Recklinghausen-manometer mutatójának oscillatióját, sőt meg is tudja állapítani ebből a systolés és diastolés nyomásértékeket anélkül, hogy tudatosítaná az észlelt jelenséget vagy megpróbálna magyarázatot találni rá. Ha emlékezetünkbe idézzük a mutatónak tapasztalt rezgését, megállapíthatjuk, hogy a mansetta nyomás emelésével vagy túlnyomásról való csökkentésével a készülék lépcsőzetesen emelkedő-csökkenő oscillatiós görbét regisztrál, melyen három szakaszt különböztethetünk meg:

1. a nagy oscillatio előtti;
2. a nagy oscillatiós és
3. a nagy oscillatio utáni zónát.

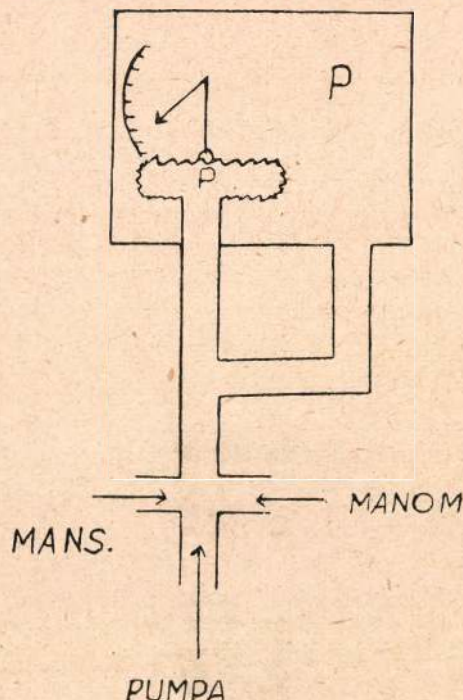


Ha sorravesszük azt, hogy mi történik a fokozatosan emelkedő nyomás egyes fázisaiban a mansetta által körülfogott érszakaszon, magyarázatot kapunk a lépcsőzetes oscillációs görbe keletkezéséről. A kívülről ható nyomás az érfalat, melyet a vérnyomás egy bizonyos állandó feszülés alatt tartott, egyre jobban tehermentesíti ettől a feszítő erőtől, de ez a hullám teljes egészében áthatol, ellazítja és evvel arányosan növeli a systolés értágulást, illetve a diastolés collapsus lehetőségeit, aminek megfelelően a kilengések amplitudója a nyomás-növekedéssel párhuzamosan emelkedik. Azt a nyomáspontot, melyen a pulzushullám elülésével, tehát a diastole végén, az érszakasz közepén a fal egészen összeháródik és csak a következő systolés hullám tud ismét utat nyitni az előtte torlódó véroszlopnak, de ez a hullám teljes egészében áthatol, az oscillációs hullámok ugrásszerű emelkedése élesen határolja el a második zónától és jelöli meg ezzel a diastolés nyomás értékét. További kevés emeléssel elérjük azt a pontot, melyen a kívülről ható nyomás egyenlő lesz a kérdéses érszakasz falát feszítő vérnyomással és így a mansetta egész felületét erő nagy kilengések mint „maximális oscillatio” mutatkoznak. Ez a maximális oscillatio tehát olyan nyomáspontot jellemez a systolés és diastolés ingadozás között, amely egyenletes áramlás mellett alkalmas volna a keringés fenntartására, amit ezért dynamias (vagy hatásos) középvernyomásnak nevezünk. A kívülről ható nyomás további emelésével a véroszlop a systole mind későbbi szakában tudja csak áttörni a gátat és így egyre rövidebb ideig tart a fal kilengése, míg végül már a systole ereje sem elegendő a kívülről ható erő ellenében az arteria megnyitásához. A nagy hullámoknak ettől a felső határától a további nyomásemelés mellett jelentkező kis oscillatio — az ú. n. supramaximalis oscillatio — csak a lezárt érszakasz felső része előtt torlódó véroszlop hullámrezgéseitől származik.

Ilyen növekvő vagy csökkenő nyomás mellett észlelhető oscillatio vizsgálatára vagy regisztrálására alkalmas készülék az oscillometer és az oscillograph. A készülék maga lényegében alig különbözik a jólismert Recklinghausen-féle vérnyomásmérőtől, csak annyi az eltérés, hogy a nyomást mutató berendezést, a hullámos bádogszelencét, a compressiós tér (mansetta) nyomásával egyenlő ellennyomás tehermentesíti. Így a kívül-belül ugyanolyan nyomás alatt álló szelence sokkal nagyobb kilengésekkel mutatja a skálán az oscillatiót, mint a absolut nyomást mérő tonometer.

A leggyakrabban használt oscillometerek (Pachon-féle, Recklinghausen „scala alternans”) még abban is különböznek a vérnyomásmérőtől, hogy kettős mansettával vannak felszerelve. A két mansetta egyenlő nyomás alatt komprimál, de csak az alsó rész által közvetített oscillatiót mérjük a supramaximalis oscillatio okozta hibák kiküszöbölésére.

A készülék érzékenységétől függő tapasztalati skálán cm-ben fejezzük ki azt a számot, amely az érfal rugalmasságának, tágulékonyságának telődési lehetőségeinek fokmérője. A maximális kilengést, ami tulajdonképpen nem fékezett pulzus-hullám, „oscillometrias index”-nek (o. i.) hívjuk. Normális viszonyok között ez a szám a csuklók felett 2.0, a bokák felett 2.5 (cm)-nél magasabb. A végtagok proximalis vége felé haladva az o. i. emelkedik. A szokásos mérési helyek: a karokon a csukló



1. ábra.

és a könyök felett, lábakon a bokák felett, a térd alatt és felett vannak, de természetesen ha szükség van rá pl. embolus keresése esetén, közbeeső helyeken is mérünk. Miután az index relatív érték, a mérés minden esetben a két oldal összehasonlításával kell, hogy történjék. 0.5 cm-es eltérés fiziológiásnak vehető, de 1.0 feletti különbség minden esetben kóros.

A méréshez a beteget fektessük le és hívjuk fel a figyelmét izmai teljes elernyesztésére, mert izomrángások zavarólag hatnak a vizsgálatra. A vizsgálatához a két rekeszes mansettát úgy kell felrakni, hogy az oscillatiót közvetítő rész a végtag distalis vége felé essék és a mansetta közepe kb. a kérdéses végtag artériái fölé kerüljön. Ezután túlnyomásra pumpálva fokozatosan 10 hgm/m-ként csökkentett nyomás mellett figyeljük a maximális kilengést. Amennyiben nem 0-án áll a mutató, a kiindulási ponttól a kitérés maximumáig számított kilengés adja az o. i.-t, pl.  $2.5 - 7 = 4.5$ .

Ajánlatosnak tartom a vizsgálat előtt a pulzus megtapintását, mert mindig jó tájékoztatással szolgál a várható eredményt illetőleg. Mikor az érverés jól tapintható, az eredmény minden esetben normalis. Ilyen betegeken csak akkor kell feltétlen oscillációs vizsgálatot végeznünk, ha intermittáló sántításról, izom-



munkával fellépő, illetve fokozódó fájdalma-ról panaszkodik. A tapintásos vizsgálat azonban csak tájékoztat, de nem megbízható lelet, mert előfordul panasz jól tapintható érverés mellett is (aggravatio nélkül) és fordítva, nem tapintható arteria mellett sincs sokszor a legkisebb működési zavar sem. Éppen ezért inkább többször feleslegesen vizsgáltassuk a beteget, minthogy előforduljon az, amit Jäger közölt, hogy egy beteg évek során át 70 lúdtalpbetétet kapott, míg rájöttek, hogy érmegbetegedése okozza bizonytalan lábpanaszait. Az alsó végtag artériáin igen gyakoriak az anomáliák, még legkevésbé az art. tibialis ant. és post.-on. Lärven 1942-ben 500 katonán végzett vizsgálata szerint 36,4%-ban hiányzott vagy alig volt észlelhető egy vagy több láb-arteria lüktetése, 108 esetben nem tapintott art. dors. pedis mellett 22-nél az art. tib. post. erősebben lüktetett.

Amennyiben jellemző fájdalma mellett az eredmény normalis vagy kifejezetten kóros, vizsgáljuk meg terheléssel a beteget. A terhelés sétáltatás, még inkább lépcsőn járással vagy fekvő merőlegesen feltartott, a lábikránál megtámasztott lábon a lábfejek forgatásával végezhető. Egészséges több mint 10 percen át fogja állni ezt panasz nélkül. Arteriás szűkület, különösen elzáródás mellett hamarosan elfehéredik a végtag és fájdalma jelentkezik. Könnyebb zavarok esetén a kísérletet 10 percen át kell csináltatni, ezen belül fellépő panaszok keringési zavarra utalnak. Ilyen esetekben az addig tapintott pulzus eltűnhet és az addig norm. o. i. kórossá változik.

Az o. i. legalacsonyabb értékeit az ér beszűküléseiben találjuk, a nagyobb erek teljes elzáródásaiban 0,1–0,2 lesz a kilengés, bár kielégítő kollateralis hálózat mellett nagyobb értéket is kaphatunk. Amennyiben a bokák, illetve a csuklók felett csökkent értékeket kapunk, akkor feljebb is megmérjük az értelődést, szintén összehasonlítva a két oldalt, hogy megállapítsuk a fennálló elváltozás terjedelmét. Embolus okozta elzáródás esetén pontosan megtudjuk a magasságot állapítani, az alatta és felette mért o. i. nagy különbségéből. Oscillometriának különösen hasznát vesszük üszkösödés esetén annak megállapítására, hogy a kielégítő vérellátásnak hol a határa.

Az o. i. kellő értékeléséhez figyelembe kell venni azokat a körülményeket, melyek megváltozásához vezetnek érmegbetegedés nélkül is. Az oscillatio centralis dynamiás tényezők befolyása alatt is áll, mint a vérnyomás, bár kétségkívül az ér funkciója a döntő tényező nagyságát illetően.

Ha a verőterefogat megváltozik, ez a változás a pulzus-hullám és vele együtt az oscillatio nagyságában is visszatükröződik. Nem akarok másra hivatkozni, mint arra a jólismert jelenségre, hogy a pulsus amplitudóból a sten. ost. ven. sin. fokára tudunk következtetni. Bal

viszeres szájadék szűkülete miatt és ugyanúgy minden olyan esetben, mikor kicsi a lökésterfogot, alacsony indexet kapunk egyformán minden vétagon a nélkül, hogy az arteria funkciójában zavar mutatkoznék. Ugyan-csak kicsi lesz az oscillatio a lábakon az aorta-isthmus stenosisban, illetve nagy különbség állhat elő a két kar értékében, ha a stenosis a bal subclavia elágazása előtt fekszik.

Ugyancsak a verőterefogat változása okozza aorta elégtelenségben az index szokatlanul magas voltát. A tapasztalat azt mutatja, hogy öregkori sklenosisban a várttal szemben az index növekedése mutatkozik, viszont hypertoniákban inkább csökkent, amit a nagyobb belső feszítés magyaráz.

Mindezek figyelembevételével az oscillometriás vizsgálat a leghasznosabb segédeszközünk számos érmegbetegedés kórismézésében. Elsősorban is az intermittáló izomfájdalmakat okozó érmegbetegedések megállapításában nélkülözhetetlen. Tekintettel kell lennünk arra, hogy fiatalkori endoangitisben gyakran jó oscillatio lehet. Raynaud-kórbán, akrocyanosisban, fagyásban, esetleg diabeteses gangraenában sem szokott az oscillatio kóros lenni, mert itt a kisebb arteriák betegek. Nagyon nagy hasznát vesszük a gyógykezelés eredményességének ellenőrzésében és a prognózis felállításában az ismételt vizsgálatoknak.

Végezetül a teljesség kedvéért az *oscillographia*-ról is meg kell emlékeznünk, ami inkább a klinika és a tudományos kutatás eszköze. Nem annyira az o. i. megállapítására szolgál, hanem inkább a kapott görbe formájával s a pontosabb klinikai diagnostika és a haemodynamika segédeszköze. Az oscillographok közül világszerte a legelterjedtebb és elismerten legjobb a Boullite-féle, amely elmés szerkezetével az egész mérőrendszerben biztosítja a nyomásegyenlőséget és az egyenletes csökkenést az óraszerkezettel irányított regisztrálás alatt.<sup>1</sup> A készülék vérnyomásmérésre is alkalmas; az oscillatiós görbe keletkezésével kapcsolatosan elmondottakra hivatkozva tudjuk, hogy nemcsak a systolés és diastolés nyomás, hanem az addig csak véres úton megállapítható középnyomás is leolvasható a görbéről. Meg kell azonban jegyeznünk, hogy a leolvasás nem egyszer nehézségbe ütközik, mert nem olyan éles a határ, mint ahogy elméletileg elképzelhető. Legtöbbször a 3. zóna határa is elmosódott és a maximalis kilengés sem egyetlen hullám, hanem több egyforma nagy oscillatióból kell eldönteni a nyomás nagyságát. Mindezenre, ha kísérleti célokra akarjuk használni haemodynamikai vizsgálatokhoz, legalább két felvételt kell mindig készíteni a kétségek könnyebb tisztázására.

Csik Ferenc dr. belklinikai orvos

\*Jól használható készülék »Plesch«-oscillofonometere is.



talanság egyetlen tünete lehet az otitisnek. Az idejében elvégzett paracentesis, vagy mastoiditis esetén a trepanatio igen súlyos tüneteket megszüntethet. A lappangó otitis és a lappangó mastoiditis súlyosabb tüneteket okozhat, mint maga a fertőző betegség.

Fertőző betegségek lázas szakában a táplálékot csökkentenünk kell (20–40%-kal), cukor helyett tápukrot rendelünk és a tejet mérsékelten lefőlőzzük. A táplálék csökkentésének legegyszerűbb módja az, hogy a tejet nagyobb hígításban alkalmazzuk és a főzeléket egy időre elhagyjuk. Az első lázas napokban a gyümölcsöt is legtöbbször el kell hagynunk: naponta 2×0.1 g, majd 1×0.1 g C-vitamin minden esetben ajánlatos.

A szegedi Tudományegyetem Gyermekklinikájának közleménye. (Igazgató: Kramár Jenő ny. r. tanár.)

## Idült hydrocephalus kórképét utánzó meningitis basilaris.

Írták: Gaál István dr. és Páldy László dr.

A gümös agyhártyagyulladás jól körülhatárolt, megszokott lefolyású kór. Az átlagos három hétnél csak ritkán tart tovább. Felnőtteken már gyakoribb a subacut lefolyás, s ilyenkor a kísérő hydrocephalus internus tünetei jutnak már előtérbe. A rendelkezésünkre álló irodalmi adatok szerint a csecsemő- és gyermekkorból *Schaps* közölt ilyen subacut lefolyású meningitis basilarist, mely 2 hónapig tartott s a gyermek feje ez idő alatt 2½ cm-t nöött. Ezenkívül még *Martinez-Vargostól* olvastunk egy 66 napig tartó meningitis basilarisról. A mi esetünket a kórkép ritkasága miatt és azért is érdemesnek tartjuk az ismertetésre, mert a kórismét bakteriologiai és röntgenvizsgálat, továbbá a boncolás is igazolta.

*P. I.* 6 hónapos leánycsecsemő, anyja hétszer volt teherben. Egy testvére tüdőgyulladásban halt meg, 5 testvére és szülei állítólag egészségesek. Születése rendes, fejlődése jó volt. 3 hónapig csak szopott, azután hozzátáplálás tejhígítással, az 5. hónapban már burgonyát és sárgarépapürét is kapott. Betegsége 1943. II. 22-én kezdődött, 5 hónapos korában: hirtelen rángógöresét kapott a jobb testfelén, ami 10–15 percig tartott. Orvosa kanalas orvosságot rendelt. A göres ugyan többé nem jelentkezett, de a gyermek attól fogva nyugtalan, nyugós volt, gyakran hányt, székrekedése volt. Orvosa hydrocephalus gyanújával küldi a klinikára.

1943. III. hó 22-én vesszük fel, egy hónappal betegségének kezdete után. 6 kg súlyú, komoly beteg benyomását keltő csecsemő. Koponyája kissé nagyobb (fejkörfogata 44 cm, hossza 69 cm). Kezddő krainotabes. Bőre halványbarnás, a kar feszítő oldalán néhány papulosus tuberculid. Turgora csökkent, izomzata hypotonias, tüdije, szíve rendes, bradycardiája nincs, mája, lépe egy ujnyi. Idegrendszeri tünetek: tarkója kissé me-

rev. Kernig, hyperaesthesia, élénk dermatographismus, fokozott térdreflex, bal szemrése kissé szűkebb és a bal pupilla tágabb. Kutacs kissé elődomborodik, feszül. Láztalan. Wassermann-reactiója negatív. Vércsütyű Westergreen szerint egy óra alatt 25 m/m. Dermotubin negatív. 1:10.000 i. c. próba pozitív. Mellkasátvilágítás: puha bifurcatiós mirigyárnyék. Gyomorvialadék: Koch negatív. Lumbal punctio: fokozott nyomással víztiszta liquor ürül, P: ++, F: ++, sejtszám 220/3 (főleg lymphocyták), liquorcukor 8 mg. %. A kikent készítményben baktériumokat nem találtunk és a 24 órás agar és csokoládé-agar táptalaj is steril maradt. Tojástáptalajra oltás céljából a Közegészségügyi Intézetbe küldtünk át a liquorból.

A klinikai kép, a kórelőzmény, a liquor- és a rtg.-lelet, továbbá a pozitív tuberculinpróba alapján meningitis basilarist állapítottunk meg. Később a szokatlanul elhúzódó lefolyás láttán már arra gondoltunk, hogy talán tévedtünk s csak a közben pozitívvá váló bakteriologiai lelet (a liquorból tojástáptalajon bovin-typusú gümöbaccilus nőtt ki) igazolta diagnosztikánkat. A meninges tünetek u. i. lassan háttérbe kezdtek szorulni, s a hydrocephalus lett mind feltűnőbb. A fejkörfogat egyre nőtt, a kutacs feszült és jellegzetes szemtekeállás fejlődött ki, bár másnaponként, majd naponként 50–100 cm<sup>3</sup> liquort bocsátottunk le. A nagyfokú hypersecretio miatt és agyi tuberculuma is gondolva röntgenbesugárzásokat is végeztünk, azonban ez sem javított a helyzeten. A liquor xanthochromiássá vált, s a keringésében is zavar keletkezett, úgyhogy a gerincspinalis helyett cysternapunctióhoz kellett folyamodnunk, majd amikor már így is csak néhány cm<sup>3</sup> liquort kaptunk, ventriculus-punctiókra tértünk át, naponként 80–100 cm<sup>3</sup> liquort bocsátva le. A ventriculographia (80 cm<sup>3</sup> liquorlebocsátása után 60 cm<sup>3</sup> levegőt juttattunk be) hatalmasan tágult agykamrákat mutatott (I. ábra). A közben csonttá-bórré lesoványodott gyermek hatalmasra (42 nap alatt 44 cm-ről 47½ cm-re) nőtt koponyájával ijesztő képet mutatott. Benntartózkodásának 55. napján halt meg.

*Boncolási lelet:* az epicardiumon szétszórt kölesnyi szürkésfehér foltok. A tüdők metszéslapján mindenütt gombostűfejnyi, borsszemnyi szétszórt szürkésfehér göbcsék, a trachea elágazódásánál zölddiónyi sajtos nyirokesomó. A lép sima tokja alatt számos szürkésfehér göbcsé, az ileum alsó szakaszán a Peyer-plakkok duzzadtak, majd alább, a vakbélhez közel csipkézett szélű, lencsényi-fillérnyi fekélyek. A máj felszínén és a metszéslapján számos kölesnyi szürkésfehér göbcsé. Központi idegrendszer: az agy súlya 700 g, rendkívül mállekonny, az agyalapon vastag zöldesszürke, rostonyás izzadmány, az erek mentén kölesnyi szürkésfehér göbcsék. Az agykamrák erősen kitágultak, a negyedik agykamra a calamus scriptorius felé nem sondázható.

A boncolás is igazolta tehát, hogy gümös agyhártyagyulladásról volt szó, melyet azonban a szokatlanul hosszú lefolyás egészen rendkívülivé tett: a gyermek 55 napig feküdt a klinikán, az eszméletvesztéssel járó göresroham, majd lassan kifejlődő agyhártya-tünetek azonban már a felvétel előtt egy hónappal kezdődtek, úgyhogy a betegség tartamát kb. 85 napra tehetjük.



## IRODALMI SZEMLE

## SEBÉSZET

Rovatvezető: Benes Lajos és Rhorer László.

A vérátömlesztés mint parenteralis fehérje-pótlás vérzés vagy gennyedés okozta fehérje-veszteségnél. R. Duesberg. (Klinische Wochenschr. 1943. 42/43.). Nagyfokú vérzéseknél, lázas megbetegedéseknél, de főleg gennyesedéseknél a szervezet igen sok fehérjét veszít. A genny, ami magymennyiségben tartalmaz fehérjét és ami néha hónapokon keresztül ürül a szervezetből (pl. empyémás betegek), súlyos fehérjevesztést okoz, amit a szervezet nem mindig képes pótolni a tápcsatornáan át felszívott fehérjékből. A vérsavó fehérjetartalma gennyes sorvadással fokozatosan süllyed. Amikor a szervezet állandóan fehérjét veszít, a haemoglobin  $\frac{2}{3}$  vagy  $\frac{1}{2}$ -ére csökkenhet. A csontvelő által termelt erythroblastok száma nem csökkent, csak kevésbé fejlettek. A vörösvérsejtek regenerációja szoros összefüggésben áll a szervezet fehérjetartalmával és ennek hiánya magával vonja a vörösvérsejtek minőségbeli változását. Ilyen esetekben a sebészi kezelés mellett egyedüli hatásos beavatkozás, amely az elvesztett fehérjét pótolni tudja, a vérátömlesztés vagy savóátömlesztés. Az átömlesztett vér vagy vérsavó fehérjetartalma teljes egészében ennek a szükségletnek kielégítésére szolgál. (R.)

Bormemisza György dr.

A nerv. ischiadikus területén jelentkező fájdalom injekciós kezelése. Vaubel. (Deutsch. med. Wschr. 1944. 3—4.). A kezelés lényege az elváltozás pontos localisatioja után, annak környékén végzett perineuralis befecskendezés 0.25%-os adrenalin-mentes, novocain oldattal. A hatás részben tüneti, részben pedig terápiás. Utóbbi kifejlődésében a szövetközi folyadék nyomásemelkedése, a kolloidok megváltozása, a vérbőség és az érző idegvégződés bénítása szerepel. Az idegszövetben keletkezett elváltozás okozta fájdalomreflektorikus érszűkületet idéz elő, amely a fájdalmat fokozza és fenntartja. A novocainbefecskendezés ezt a reflexívet megszakítja. A n. ischiadikus területén létrejövő elváltozásokat terápiás szempontból 3 csoportra osztja: peripheriás, intrapelvikus és intravertebralis megbetegedésekre. Égési sérülési hegek okozta fájdalom, pruritus vulvae et ani, myalgia, keringési zavarok, adipositas dolorosa stb. peripheriásan is jól befolyásolhatók. A medencén v. a gerincoszlopon belül lo-

calisált elváltozás esetén pedig a befecskendezés a plexus lumbalis vagy sacralis környékére történhet, a gerincoszlopon belül pedig epi-, peri- és intradurális. (R. 6.) ifj. Hüttl Tivadar dr.

A sebdiphtheria. H. Moser. (Deutsch. med. Wschr. 1944. 1—2.) Sebdiphtheriáról csak akkor beszélhetünk, ha a diagnoszt nemcsak a klinikai kép, hanem a bakterológiai vizsgálat is kétséget kizárólag alátámasztja. Leggyakrabban ugyanis vegyesfertőzésről van szó, melyben para- és pseudodiphtheriabacillusok sőt avirulens valódi diphtheriabacillusok is szerepelnek. Biztos elkülönítésre a Burtcher-féle sacharose és Kleinsorgen-féle hugysavindicatorlemez szolgál. A kezelés általános (szív, idegrendszer) és helyi kell legyen. Az utóbbiban kitűnő eredményt ért el Neo-Pyozyanaseval, melynek használata óta sem az idegrendszer, sem a szívizom részéről következményes elváltozásokat nem észlelt. Erősen secernáló sebeket először Marfanil—Prontalbin-puderrel szórja be, így a vegyesfertőzést leküzdí, a sebet szárazzá válása után Neo-Pyozyanaseval eszteli. (R. 7.)

Dobay István dr.

Az alszár állzületeinek kezelése Klapp dystraetiós készülékével. Wiedhopf O. (Deutsch. Zeitschr. f. Chir. 258. 6—8.) Gránátrobbanás okozta alszártörés esetet ismertet, mely rövidült, deformálódott és a darabos törés helyén állízület képződött. Klapp-dystraetiós készülékével először megszüntette a kb. 4 cm-es rövidülést, majd műtéti beavatkozással egyesítette a törésvégeket. A beteg elsődlegesen gyógyult. (B. 6.)

Kovács Zoltán dr.

A sebek kezelése tengeri fővény elzáró kötéssel. Birnbaum G. (Deutsch. Zeitschr. f. Chir. 258. 6—8.) Igen jó eredménnyel alkalmazta a szerző a tengeri fővényt gyógyulni nem akaró fekélyek, valamint tbc-s bőrbetegségek kezelésében. A fővény gyógyhatását porosus, szívó voltának, valamint helyi izgató hatására keletkező vérbőségnek tulajdonítja. A sebeket először diathermiás eszközökkel mélyen az ép területekig kivágja, majd azokra kb. 1—2 cm vastagságban steril fővényt tesz oly módon, hogy azt az ép területektől Billroth batist, mastisol, vagy zinkennyv segítségével elzárja. A kötést 8 naponként váltja. Az elért jó eredmények alapján ajánlja az olesó tengeri fővény alkalmazását necrotikus, gyógyulni nem akaró fekélyek kezelésében. (B. 7.)

Kovács Zoltán dr.

Hólyaghurutnál

## UROCARMIN-CHINOIN

(p-aethoxy-2, 4-diamino-azobenzolhydrochlorid)

## Vizeletfertőtlenítő festékkészítmény

Hatása független a vizelet vegyhatásától

20 és 50 tabletta





## Erős köhögésnél

10 tabletta à **0.01 g**  
 10 tabletta à **0.005 g**  
 20 tabletta à **0.005 g**

Naponta 2-3-szor 0.005-0.01 g, csak étkezés után veendő.

KNOLL A.-G., Chemische Fabriken, LUDWIGSHAFEN AM RHEIN  
 Képvisező: Wack Keresztély, Budapest IX., Högyes E.-u. 4.

Perorális roboráns:

# HEPORAL

és semmi más!

## Tonopar sol.

kellemes ízű máj-, vitamin- és réztartalmú  
 antianaemicum, tonicum, roborans

STRAUB SÁNDOR

*Diachemia*

Budapest, VI., Teréz-körút 27.





# GRANULOCITOGEN

SPECIFICUM  
AGRANULOCYTOSISBAN

»CERTA« GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R. T. BUDAPEST

## GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Kerpel-Fronius Ödön.*

**Primaer nyálkahártya-tuberkulózis.** *Wissler.* (Ann. Paed. 161. 5/6.) Tuberkulotikus elváltozásokat a gingiván, a regionalis (submandub.) nyirokcsomók megnagyobbodásával újabban igen gyakran látott, melyeket klinikai észlelések, de még inkább a boneolt két eset alapján primaer complexumnak tart. Alátámasztja ezt a boneolt esetekben a tüdő és bronchialis mirigyek érintetlensége. A folyamat egyébként jóindulatú. Glanzmann is hangsúlyozza, hogy a gingiva jelentékeny kis fekélyei az állkapocsalatti nyirokcsomók megfelelő elváltozásával együtt primaer complexumnak felelnek meg. Ezzel szemben Fanconi a gingiva miliaris csomócskái post-primaer lupoidnak fogja fel, melyek nagyobb göbökbe csoportosulva lichen serophulosorum képét adhatják. A szövettani lelet Boeck-féle sarcoidnak felel meg. (K. 18.)

*Gedeon Klára dr.*

**14 év alatt végzett diphtheria elleni védőoltások Genfben.** *Andeond.* (Ann. Paed. 161. 5/6.) Svájcban az utóbbi 3 év alatt a diphtheria megbetegedések száma emelkedő tendenciát mutat. Genfben azonban, ahol a védőoltás kötelező (2–14 éves korig), a diphtheria az utóbbi 14 évben csaknem teljesen eltűnt. Az oltottak 2%-a azonban nem lesz immunissá és ezekre az esetekre különös figyelmet kell fordítani. Tailens nem tartja fontosnak az obligát oltást. Intelligens szülők ugyanis beoltatják a gyermekeket. Olyan helyeken tartja kötelezőnek, ahol tömegben vannak gyermekek. (K. 19.)

*Gedeon Klára dr.*

**A D-vitamin resistens rachitis kérdése.** *Beumer.* (Zschr. Kh. 63. 6.) Az utóbbi években sok olyan rachitis esetet közöltek, amelyek nagy adag kristályos D-vitaminra nem gyógyultak meg. Valamennyi esetre jellemző a serumphosphor tartalmának igen alacsony és semmivel nem befolyásolható volta. Felveszik, hogy ezt a hypophosphataemiát a parathyreoidea hyperfunctio okozza. A tiszta D-vitamin ezekben az esetekben hatástalan, a beteg csak AT. 10 egyidejű adásával gyógyítható meg. Az AT. 10. a feltevés szerint nemcsak a mellékpajzsmirigy hiányát tudja pótolni, hanem a hormon túltermelése esetén antagonistaként is szerepel. Egy 4 éves gyermek gyorsan kifejlődött rachitisét észlelte, akinél előbb soha, semmiféle angolkórra utaló jel nem volt. Négy hét alatt femurja, tibiája elgörbült, olvasója keletkezett. Normalis calciumérték mellett a serumphosphortartalom 3.2 mg % volt. Ezt az alacsony értéket a megismételt D-vitamin befecskendezés és az AT. 10. kezelés sem tudta befolyásolni, bár ez utóbbi hatására a subjectiv panaszok enyhültek. Szerző a bőr besugárzásakor keletkező természetes D-vitaminnak a melléktermékek miatt nagyobb gyógyhatást tulajdonít, mint a kristályos D-vitaminnak. Szerinte a tachisterinnek fontos szerepe van a mész és a phosphor anyagcserében. (K. 7.)

*(Láncos Ferenc dr.)*

**A diphtheriás lázgörbe.** *Keyser.* (Arch. Kh. 129. 4.) 1060 torokdiphtheriában megbetegedett gyermek lázgörbéjére irányuló vizsgálatairól számol be. A betegek a megbetegedés első 5 napján kerültek felvételre. Az esetek 70%-ában 39 °C-t meghaladó végbélhőmérsékletet, 29%-ában 40 °C-t meghaladó végbélhőmérsékletet talált. Tehát a hirtelen magas lázzal kezdődő torokdiphtheria oly gyakori, hogy a láz, mint differentiaidiagnostikai tényező, a mandulagyulladás szemben nem használható fel. A súlyos diphtheria 80%-ában kezdődött magas lázzal, a könnyű 65%-ban. A különbség oly kicsiny, hogy ebből kórjóslati következtetést vonni nem lehet. (K. 5.)

*Tamási Gyula dr.*

### LAXOPTIN

Ideális, enyhe hatású hashajtó. Éveken át jó eredménnyel szedhető

Lalkus propagandával nem vezetjük a közönséget öngyógyításra

„NAGY KRISTÓF” gyógyszer-tár, IV., Váci-utca 1

# MALTIRON

Prof. Hainiss előírása szerint készített, az íróhoz hasonló fehérjedús, zsírszegény, szénhidrátokkal kiegészített gyógytápszer

## Hasmenéses csecsemők részére

Javallat: Dyspepsia, dysenteria, enterocolitisek és exsudatív diathesis bélmanifestációi eseteiben  
Alkalmazása: a hasmenést csökkentő gyógytáplálékoknál szokásos irányelvek szerint.

Szabadon rendelhető: Közgyógyszerellátás terhére

Krompecher tápszer- és gyógyszeripari kft. Budapest, V., Nádor-utca 15



## UROLOGIA

Rovatvezető: R. Molnár Jenő és Hensz László.

**Saprophyta mikroorganizmusok, mint anti-mikrobiális anyagok termelői.** C. Hallauer: Schweiz. Med. Wft. 1944. 23. fzt. 611. o. Az antibiotikus mikroorganizmusok száma meglepően nagy: így a schizomyceták közül a talaj-, vízbakteriumok, levegőcoccusok, sőt parasiter kórokozók is, mint staphylo-, strepto-, pneumoc., ty. stb. rendelkeznek ilyen tulajdonságokkal. Ide tartozik még a hyphomyceták csoportjából számos törzs (penicillumok, aspergillumok). Ma már számos mikroorganizmus — néha többféle — antibakteriális hatóanyagát sikerült kimutatni, ill. izolálni. A Penicillin, (P.) — mely valószínűleg a peptidek csoportjába tartozik — kivételével ma már az összes kimutatott antibioticumot kristályos formában elő tudják állítani, sőt egyesek vegyi szerkezete is ismerette vált. Kórokozókkal szemben *in vitro* lényegesen különböző hatással rendelkeznek. Főleg Gram-pos., jóval ritkábban Gram-neg. baktériumokkal szemben nyilvánul hatásuk, mely általában baktericid, a P.-nél és néhány másnál főleg bakteriostatikus. A P. *in vitro* a gono-, meningo- és mikrocc. catarrh-ra hasonló erős hatást fejt ki, mint a Gram-pos. kórokozókra. Hatáserejében számos antibioticum minden eddig ismert desinficiens és chemotherapeuticumot felülmul, így pl. a tisztított P. még 50—100 millióshígításban is megakadályozza érzékeny csirák fejlődését. A tisztított P. mérgező hatása igen csekély. Bőr alá, izom közé (és bélen át) adva gyorsan felszívódik, a vérben azonban csak rövid időn át mutatható ki (2 óra), majd hamarosan és 50—70%-ban a vizelel távozik. Szájon és végbélben át nem nyújtható, mert egyrészt a gyomorsav, másrészt a bélbaktériumok elbontják. Előnyös tulajdonságai miatt emberen két más vegyületen kívül csak a P.-t alkalmazták. **Alapvető fontosságú** ilyenkor 1. annak megállapítása, hogy P.-érzékeny fertőzéssel állunk-e szemben (gono-, meningo-, pneumo-, staphylo-, strepto-, és gáz-tiszók), 2. az alkalmazás módja. Szájon és végbélben át hatástalan; helyileg közvetlenül a sebszileg tisztított sebre juttatandó — egyébként a parenterális, lehetőleg i. m. formát válasszuk. 3. Az adagolásnál annak ismerete, hogy gyorsan választódik ki és csak bakteriostatikus hatással bír. **Általában fél testsúly kg-ként 1000 E P. szükséges naponta**, tehát felnőttél napi kb. 120.000—160.000 E, ami 2—3 óránként 10.000—20.000 E nyújtásával érhető el. Túlalacsony adagok P-resistens törzsek kifejlődését segítik elő. **Égési sebekre** több napon át 1—2-szer nap. 1000 E/g adandó por- (vagy kenőcs) alakban, mélyebb esetek esetén P.-por többszöri befúvása célszerű (2—5.000 E/g) esetleg sulfathiazollal kombinálva. Erősebb gyógyulás mellett drainék behelyezése után elsődlegesen varrjuk a sebet és a gny. leszívása után P.-oldattal (250—1.000 E/ccm) öblítjük a sebet. **Általános staphylo-, strepto- és pneumoc. fertőzések**nél is eredményes. Feltűnően jó hatásról számolnak be **sulfonamidresistens kankó** eseteknél, amikor is összesen 100.000 E-t 3 óránként parenterálisan 15—24 órán át célszerű adni. **Primer luesnél** is elsőrendű eredményeket közöl Mahoney, aki 1.200.000 E-t 3 napon belül befecskendezve, 3 hét múlva seronegativitást kapott. (M. 24)

R. Molnár Jenő dr.

Teljes szemészeti felszerelés és pantostat, diathermia, mikroskop eladó. Bővebb értesítést ad: Beniczky gyógyszerész, Eger.

logal

1 tabletta tartalmaz: Kipróbált szer, ártalmatlan a gyomorra és a szívre  
0-28 g. Acid. acet. sar.  
0-013 g. Chin. citr.  
0-04 g. Li. citr.

**Antineuralgicum  
Antipyreticum  
Antirheumaticum  
Analgeticum**

Mintával és magyar szakirodalommal szolgál.

**Dr. FILO JÁNOS**

„Szent Keresztély” gyógyszerháza  
Budapest, VIII., Mátyás-tér 3. szám

Máj- és epebántalmak esetében

**CHOLOGEN**

tabletta No. 1, 2 és 3

Cholagogum és cholereticum baktericid és spasmolytikus hatással

**Indikációk:** Cholecystitis, cholelithiasis, cholangitis, ikterus catarrh., hyperemesis gravidarum, valamint a máj-epe-rendszerben végzett műtéti beavatkozások elő- és utókezelések

**Adagolás:**

10 napon át	reggel és délben 1—2 tabletta	No. 1
	reggel és délben 1—2 tabletta	No. 1
40 napon át	este 2 tabletta	No. 2
	reggel, délben és este 1—1 tabletta	No. 3

Magyarországi vezérképviselő: HORMON gyógyszer-vegyészeti kft. Budapest, VIII., Tormay Cecil-utca 12



## VEGYES HIREK

## BUDAY LÁSZLÓ dr.

a Pázmány Egyetemen az orvosi alkattan magántanára, a Herzog-klinikának évek során át tagja, hosszú betegeskedés után elhunyt. Alkattani monográfiáját és e téren végzett eredeti tudományos munkáját lapunk nem régen méltatta. De sokkal több volt ő, mint kiváló szaktudós: Magas színvonalú értelmiségétől semmi sem volt idegen, ami emberi, sőt mély tisztelet élt benne az emberfölötti iránt. Ebben egyúttal megnyilatkozott nemes erkölcsisége is, amely megadta neki a mértéket emberek és emberi dolgok értékeléséhez, irányította magatartását az élet nehéz helyzeteiben, bölcsé tette betegsége elviselésére. Szeretreméltósága és közvetlensége, amellyel az egyszerűbb emberekhez is közel tudott férközni, betegek ragaszkodását és tiszteletét szerezte meg neki, barátságának emlékét pedig barátai életüknek egyik legszebb erkölcsi javaként fogják őrizni.

**Halálozás.** *Réh Béla* főorvos, a fásori elektromágneses gyógyintézet volt vezetője, meghalt.

**Molnár Andor** kultuszminiszteri tanácsost osztályfőnöki címmel és jelleggel tüntette ki a Kormányzó Úr. — Az orvosegyetemi ügyek kiváló előadójának ez előléptetése általános örömet kelt orvosközönségünkben s egy élet eredményes munkájának méltó elismerését látjuk benne. Együtt örvendezünk fölötte mindannyian!

**Személyi hír.** A Charité Poliklinika főorvosi kara *Babits Antal dr.* egyetemi m. tanárt urológus főorvossá, *Mészöly Ödön dr.-t* orr, gége, fül főorvossá és *Csepely Knorr Kálmán dr.-t* belgyógyász főorvossá választotta.

**Betöltendő orvosi állás.** A miskolci Erzsébet kórházban egy elmeosztályos főorvosi állás. Pályázati határidő a Budapesti Közlönyben megjelenéstől 15 nap.

**A frontátvonulások áttekintése 1944. április első feléről.** Az április 1-től 15-ig terjedő időszak frontális szempontból sokkal nyugodtabb jellegű volt mint a tavasz megelőző időszakai. Összesen 20 betörési front érkezett (2 erős, 8 mérsékelt és 10 gyenge fejlettségű), továbbá 5 felsiklási front (1 erős, 3 mérsékelt és 1 gyenge fejlettségű).

A budapesti frontátvonulások részletes történetéből kiemelendő mindenekelőtt az április 1-i erős betörési front; azután ápr. 2-ika, mint teljesen frontmentes nap; továbbá az április 4. d. u. 4 órai erős betörési front; végül az április 11-én délből átvonult erős felsiklási front. Az időadatok április 3-ától kezdve *nyári időszámításban* értendőek.

*Aujesky dr.*

Steindorff-féle polarimeter és higanyos vérnyomásmérő eladó. Szilágyi egyet. gyak. VII., István-út 2.

Teljes körorvosi rendelő eladó. Megtekinthető V., Wahrmann-u. 24a. földszint 2.

A

## SUPER IYSOFORM

1%-os oldata a legtöbb pathogen-esirát 1 perc alatt megöl

Nem mérgező, kellemes illatú és olcsó

## DERMASEPT KENŐCS

sec. ZOMBORY

15, 30, 50 g-os csomagolásban

INDICATIO: Eczema, pyoderma, excoriatio, impetigo, dyschydrosis furunculosa, sycosis, folliculitis, hydradenitis, renyhény gyógyuló és gyulladásos sebek, alszárfelekélyek, égés, fagyás- és minden fertőzött friss sérülés.

Az összes fővárosi kórházakban, OTI, MABI, MÁV, Magyar Hajózási B. B. I., M. Kir. Dohányjöv. B. B. I., M. Kir. Post. B. B. I. Székesfővárosi Alkalmazottak Segítő alapja, a Honvédségnél és az összes fegyverintézeteknél is szabadon rendelhető

## METALIX RÖNTGEN

RÉSZVÉNYTÁRSASÁG

BUDAPEST, IV., MÚZEUM-KORÚT 37

TEL. 182-680, 383-135.

## Most jelent meg!

ORSÓS:

## Vezérfonal

a kórbontani, rendőri és törvénytudományi boncoláshoz 238 oldal és 13 oldal színes mű-melléklettel

Ára 12.— pengő

Kapható Kiadóhivatalunkban az összeg előzetes beküldésével (utánvétellel drágább) és a könyvkereskedésekben

FELELŐS KIADÓ: VÁMOSSY ZOLTAN

A szerkesztő kedden és pénteken

12 és 1 óra között fogad.



# ORVOSI HETILAP

MEGJELENIK MINDEN HÉTEN

Szerkesztőség és kiadóhivatal: VIII., Üllői-út 26., IV. em. — Telefon: 345-113. — Hirdetések felvétele a kiadóhivatalban.  
 Előfizetések beküldhetők: 22.968. sz. csekk számlánkon. — Romániában: Borsos Béla dr. Arad, Str. Gen. Grigorescu 5. 1500 L. —  
 Szlovákiában: Eleőd Solt. Handels- u. Kredit-B. Bratislava. 300 Sk. — Előfizetési díj: az »Orvosi Hetilap« és »Orvostudományi  
 közlemények«-re együttesen egész évre 44 P, félévre 22 P, negyedévre 11 P, egyes szám ára 1 P. Külföldre 54 P

## TARTALOM:

**Gróf Markovits Ferenc:** Az intraventricularis vezetési hibáról. (385—388. oldal.)

**Végh Lajos:** Szülési akadályt képező condylomata; accuminata. (388—390. oldal.)

**Tóth László:** Ultraseptyl-polyneuritis. (390—391. oldal.)

**Kese György:** Női ivarhormonok és emmenagogumok együttes alkalmazása hőszám zavarokban. (392—393. oldal.)

**Irodalmi szemle.** (394—397. oldal.)

**Vegyes hírek.** (398. oldal.)

## SYMPATOL

### A SZÍV ÉS VÉRKERINGÉS GYÓGYSZERE.

Indikációk:

**Az erek hypotóniával párosult tónuscsökkenése:**

Rekonvalescentia - Hypotónia - Terhesség - Öregkori panaszok

**Általános keringési gyengeség:**

Influenza - Diphtheria - Tuberculosis - Typhus - Pneumonia

**Súlyos kollapsus:**

Műtétek - Szülések - Vérvesztés - Shock

Tudományos osztály,  
Budapest, VII.  
Károly király út 13-15.



Forgalomban:  
Ampullák à 0.06 g  
és 10%-os liquidum.



# ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Polytatták:

ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC, V. BERDE KÁROLY, GORKA SÁNDOR, HÜTTL TIVADAR, BALÓ JÓZSEF,  
VÁMOSSY ZOLTÁN, MÉHES GYULA, REUTER KAMILLÓ, JENEY ENDRE, VIDA KOVITS KAMILLÓ.

FELELŐS SZERK.: VÁMOSSY ZOLTÁN. Fogad kedden és pénteken 12—1.

SZERK.: FRITZ ERNŐ.

A budapesti II. sz. Belklinika közleménye (Igazgató: Boros József ny. r. tanár.)

## Az intraventricularis vezetési hibáról.

Irta: gr. Markovits Ferenc dr. egyet. m. tanár.

A kamrai ingervezetési hibák egyik alakja a Tawara-szárblock, melyet kísérhet a szív felett hallható praesystoles galopp-rythmus, a szívesücsön hasadt vagy kettőzött első hang. Fülberendezésünk azonban az ingervezetésben a 0.04—0.06"-t nem tudja megkülönböztetni, miért is a Tawara-szárblock legtöbbször csak ekg-val tudjuk kimutatni. Az elágazási block oly súlyos szívizombántalom, melyre a körelőzményből és a tünetekből inkább következtethetünk és így az könnyebben állapítható meg.

A Tawara-szárblock kimutatásában azért igen értékes segítség az ekg, mert számtalanszor sem a körelőzmény, sem a panasz nem jelzi a bántalmat, sőt még a fizikális és a röntgenvizsgálat sem fedezi fel a szívbetegséget és így az ekg marad az egyetlen módszer, mellyel azt biztosan kimutathatjuk.

Tawara-szárblock olyankor keletkezhetik, amikor megbetegszik a specifikus ingervezető köteg vagy, ha a szív hajtóizmának bántalmával együtt válik beteggé a specifikus ingervezető rész is. A Tawara-szárblock fiatal korban leginkább fertőző vagy toxikus betegség (diphtheria, rheumás carditis, influenza, tbc. stb.) után jön létre, később inkább lues vagy ismét rheumatismus okozza, idősebb korban leginkább a hypertoniát vagy a coronariasclerosist kísérheti. Sokszor a fertőző betegség lezajlik anélkül, hogy jelentősebb tünetet, vizsgálattal kimutatható nyomot hagyna maga után és csak a későbbi időben végzett ekg jelzi a Tawara-szárblockot, melynek keletkezési idejét megállapítani már nem tudjuk, esetleg csupán következtethetünk a lezajlott betegség idejére, anélkül, hogy a közbeeső időben a szív betegsége a legcsekélyebb keringési elégtelenséget vagy bármi tünetet okozott volna. Ilyenkor feltesszük, hogy a Tawara-szárban hegesedés keletkezik és az tartósan meg is marad. Máskor a Tawara-szárblockot a fertőző betegség vagy a toxikus ártalom, vagy az anoxaemia ideje alatt látjuk és az ártalom megszűnte után több-kevesebb idővel oly nyomtalanul eltűnik, hogy később még munkakísérlettel sem mutat-

ható ki. A reversibilitást a betegség idején sem nem bizonyíthatjuk, sem nem cáfolhatjuk. Olykor nagyobb munkateljesítmény vagy versenysportteljesítmény vagy a hiányos koszorúsérkeringés (pl.: angina pectoris) váltja ki a rohamot, amely az ártalom multával megszűnik. A Tawara-szárblock idősebbekben gyakoribb, mint fiatalokon és az idősebbekben többnyire állandósult is.

Az elágazási block vagy a szívizom megbetegedéséből vagy súlyos coronariasclerosisból vagy incompenzált hypertoniából ered és majdnem mindig súlyos bántalmat jelez.

Az újabb kísérleti ekg sem tisztázta még azt, hogy Tawara-szárblock esetén melyik oldali szár beteg. Az amerikai Wilson és a magyar Ungváry állatkísérlettel, valamint szív-műtétkor egyes kamrai szívrész izgatására keletkezett extrasystoleval azt igyekeznek bizonyítani, hogy a régebbi felfogás helytelen volt; ennek eldöntésére azonban még további kísérletek szükségesek. Tény, hogy az a gyakoribb formájú szárblock, ahol a harmadik levezetésben a kamrai főkilengés (R, illetve S) lefelé, az elsőben pedig ellentétesen felfelé irányul. (Régebbi elnevezés alapján jobb Tawara-szárblock.) A jobb Tawara-szárblock gyakorisága mellett az szól, hogy anatómiai ismereteink szerint a jobb Tawara-szárblock csak az egyik, a baloldali szár mindkét oldali koszorúséréből kap vérrellátást. A jobb Tawara-szárat a bal coronaria ágából eredő ér látja el, mely collateralisokban szegény és ez szintén magyarázná a jobb Tawara-szár sérültség gyakoriságát. (Mahain.)

Oppenheim és Pardee, majd később Eppinger és Störk foglalkoztak kimerítően a Tawara-szárblockokkal, az utóbbiak írták le először az olyan angina pectoris alatti blockot, mely roham után megszűnt.

Az állandósult Tawara-szárblockokkal szemben oly működéses kamrai ingervezetési hibáról tanuskodik az alábbi eset, mely bár idősebb korban keletkezett, mégis functionalisnak kell tekinteni.

65 éves nő, családjában két gümőkóros halálozás fordult elő, 1929-ben myomája miatt mesterséges climaxot idéztek nála elő. Jelen bántalma 1938. tavaszán kezdődött, nyugalmi nehézlégzéssel, szapora szív működéssel, valamint mellkasi, hasi és alszárvízenyővel, szívtáji nyomás-

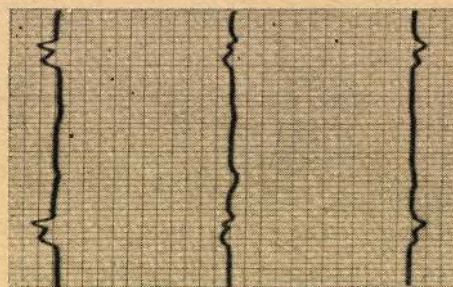


és lüktetésérzéssel. A keringési elégtelensége cardi tonicumra és vízajtóra három hónap alatt megszűnt, s vízenyője azóta sem jelentkezett. 1943. szeptember óta érzi, hogy hosszabb-rövidebb idejű munkára újból van légzési nehézsége és szívdobogása. Jellegzetes anginás fájdalom egy ízben sem volt, de a fenti idő óta több alkalommal panaszkodott enyhe szívtáji nyomásról, szédülésről.

Alacsony termetű nő. Toroknyálkahártyája ép. A mellkas légzési kitérése renyhébb, a tüdő felett kóros légzési eltérés nincs. A szív balra 1 ujjal nagyobb, manubrium sterni felett rövidült kopogtatási hang van, a szívhangok tiszták, az aorta második hangja ékelt. Pulzusa rendes minőségű, száma percenként 84. A hasban kóros eltérés nincs, idegrendszere ép. U.: —. RR: 165/80 Hg/mm. Rtg: Világos tüdőmezők, a szív balra egy ujjal nagyobb, aortás típusú. Az aorta hajlott, tágabb. Mediastinum: szabad. Valsalva tünet pozitív. Wassermann: negatív.

Az 1938-i ekg alacsony kilengést (0.6 mV alatt) és kiszélesedett Q—R—S-t: elágazási blockot jelez (1. ábra.) abból az időből, mikor a beteg szív működése teljesen elégtelen volt. De ez a súlyos szívbántalomra jellemző ekg akkor sem változott meg, mikor három hónap múlva vízenyője megszűnt. Az ekkor végzett és az alábbiakban a Tawara-szárblocknál ismertendő eljárásra, az elágazási block képe nem változott. 1938 szeptemberben az elágazási blockot — anélkül, hogy akár a fizikális lelet, akár a gyógy mód változott volna — magas kilengésű (2. ábra) ekg váltotta fel és ilyen maradt három hónapon át és munkakísérletre sem változott, csak a szív működése lett szaporább. 1943 szeptemberéig az ekg laevogrammon és laposabb T-n kívül nem mutatott más jellegzetesebb kóros eltérést. 1943 szeptemberében anélkül, hogy akár kórelőzmény, akár a vizsgálati lelet változása megelőzte volna, az ekg-t, a Tawara-szárblock gyakoribb megjelenséi aktja váltotta fel (3. ábra). A block sem vagus-nyomásra, sem i. v. coffein, atropinra, sem oxygen belélegeztetés után nem változott. Amylnitrit belélegeztetés után 2 perc múlva a Tawara-szárblock megszűnt és laevogrammon kívül az első és második levezetésben S—T részben lenyomottságot okozott (4. ábra). Ez a változás kb. 6 óra hosszat tartott, de egy óra múlva munkakísérlettel ismét a Tawara-szárblockot láttuk. A következő alkalommal 20 kem 20%-os glucose és 48 etg euphyllin i. v. után 10 perc múlva megszűnt a block és a fent jelzett amylnitrit utáni képre alakult át és ezen maradt kb. 24 órán át. A következő alkalommal 0.2 kem kombetin, 20 kem 20%-os glucosenak érbefeszkendezése után a block 5—6 perc mul-tánt tűnt el és kb. 36 óra múlva tért ismét vissza a Tawara-szárblockra. Az euphyllin és a kombetin beadása után két óra múlva munkakísérlettel a Tawara-szárblock nem jelentkezett újból. A beteg ezután koszorúsértágítót és szívizomerősítőt euphyllint és digitalist használt, melyre három nap múlva a Tawara-szárblock ugyan úgy megszűnt, mint a fent jelzett alkalmakkor. Az esettel párhuzamosan az eljárást még 8 Tawara-szárblockos betegen

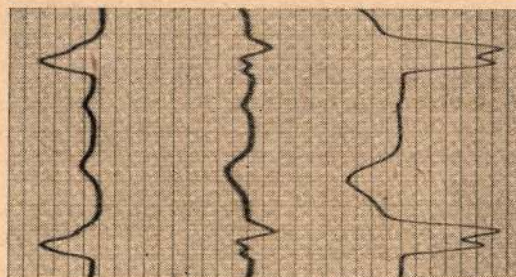
kísértem meg, kiknek állapotát 6—10 éven át ellenőriztem, de ezeken hasonló változást nem láttam.



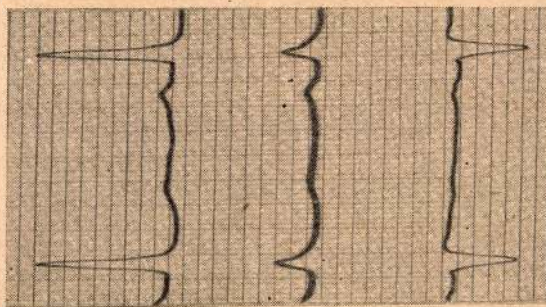
1. ábra. 1938. márc.



2. ábra. 1938. szept.



3. ábra. 1943. szept.



4. ábra. 1943. szept.

A fentiekből arra következtethetünk, hogy a Tawara-szárblock a koszorús érrendszer elégtelen vérellátásából eredt, amit az bizonyít, hogy éppen oly gyógyszerek hatására szűnt meg, melyek köztudomás szerint koszorúsértágítók: amylnitrit, euphyllin és a kombetin.

A változó ekg kép harmadik és negyedik



ábrája működéses Tawara-szárblockkra utal. Az eset érdekességét növeli, hogy az ekg ily változása ritkán látható. Különösen érdekes az első és második kép közötti különbség, nemcsak azért, mert az irodalomban ritkán található, hanem figyelemre méltó azért is, mert az első képből következtethető komoly kórjóslatot a második kép megdönti. Ezenkívül az esetből az a tanulság, — amelyet számtalan irodalmi adat is támogat — hogy a Tawara-szárblock átmeneti szünetelése nem feltétlenül jele a szívizombántalom javulásának is, mert jelen esetben csak a javult koszorúsérkeringésre szünetelt a Tawara-szárblock, míg a szünet alatti ekg szívizombántalmat mutatott. Tehát az átmeneti koszorúsérelégtelenség szünetelése nem okvetlenül egyenlő a szívizom állapotának javulásával. Viszont a fent jelzett 8 betegen a megjelölt eljárásra nem szűnő Tawara-szárblock nem bizonyíték amellett, hogy ilyenkor a szívizom állapotáról is biztos véleményt mondhatunk.

Hasonló képről számolt be *v. Mentzingen* elágazási blockkal kapcsolatban, valamint *Donath, Frey* és *Hess* Tawara-szárblock esetén *euphyllin* után. *Vessel Harry* oly működéses blockot írt le, amidőn egészségesen a blockot a szív működés megszaporodása idézte elő, ennek csökkenésével a szárblock is megszűnt. *Egedy, Sellei* és *Kelemen* vérlebcsatás után láttak részleges blockot, melyet azzal magyaráztak, hogy a vérelvonásra rosszabbodik a koszorús vérellátás. A carotis nyomásra néha a Tawara-szárblock azért szűnik meg, mert a frequentia csökkentésével a diastole ideje meghosszabbodik, miáltal egyrészt javult a szív koszorúsér vérellátása és ennek következménye az ingervezető köteg jobb táplálása és másrészt a meghosszabbodott pihenési időszak alatt az ingervezetés is megjavul.

Mint hogy a Tawara-szárblock inkább a hypertoniához és koszorúsér elmeszesedéséhez, mint fertőző betegségekhez csatlakozik, gyakoribb az idősebbekben. A betegség alapja a koszorúsérrendszer, valamint a szívizomzat hajszálereinek sklerosisa és spasmusa és ez okozhatja a hypoxaemiát.

A Tawara-szárblock kórjóslatának kijelentésekor legyünk óvatosak. Sokszor tapasztalhatjuk, hogy a Tawara-szárblockos beteg nemcsak rendes munkára, hanem még sportteljesítményre is képes lehet anélkül, hogy ebből a keringésre a legkisebb kár is hárulnék. Tény, hogy ahol kimutathatóan csak az ingervezető köteg beteg, a kórjóslat jobb, mint ha ugyanakkor a szív hajtóizomzata is beteg volna. A kórjóslat kijelentésekor mindig a teljes klinikai képet, a keringés működési vizsgálatából és a röntgenvizsgálatból adódó eredmény összességét vegyük figyelembe, de nem szabad csupán a Tawara-szárblock kórisméjéből a szívizom betegségére következtetnünk. Régebbi szerzők: *Lewis* és az amerikai *White* és *Viko* a Tawara-szárblockot oly súlyos bántalomnak minősítet-

ték, hogy azok 60—70%-ának életét 14 hó és 2 év közti időre becsülték. Némely iskolák kórjósolata között is nagy különbség van, pl.: az amerikai iskola ugyanazon esetet súlyosabbnak minősíti, mint a neuheimi. *Eithoven* oly Tawara-szárblockos betegről számolt be, kit bajának felfedezése után még 33 évig gyógyított. *Bach, King, Strauss* és *Bolt*, valamint *Moll* a rheumatikus eredetű szárblockot jó, a luesest rossz jóslatnak mondja, mert a specifikus megbetegedés főként a szájadékokat szűkíti, de ezenkívül nemcsak a nagyobb ereket, hanem a szív hajszálereit is megbetegíti.

Néha a Tawara-szárblock a gyógyítástól függetlenül megszűnik, vagy legalább is olyan-nak tűnik fel, mintha a Tawara-szárblock megszűnt volna, de rövid idő után keringési elégtelenségi jelek mutatkoznak azért, mert a meglévő Tawara-szárblockhoz a szívizom más részének pusztulása is társult.

Kórjóslat szempontjából ott a legsúlyosabb a kép, ahol a coronaria thrombosishoz társul a Tawara-szárblock, vagy ha a coronaria thrombosist Tawara-szárblock követi. Súlyossá válik a kórjóslat azon szárblockos vitiumos betegeken is, kiknek keringése elégtelenné válik.

A maradandó és átmeneti Tawara-szárblock közti különbség az, hogy a működéses szárblock a befejezettel szemben jobb indulatú, ha a keringés mindkét esetben kiegyensúlyozott, illetve ha egyébként a munkaszívizomzat jó. Az átmeneti és az állandósult szárblock között csak fokozatbeli különbség van. A Tawara-szárblock átmeneti szüneteltetése kórjóslat szempontjából kettős értékű: egyrészt a befejezettel szemben jobb a kórjósolata, másrészt a szárblock szünetelése alatt, az S—T szakasz állapotából — ha más, a szívizombántalomra valló tünet nincs — a szívizom állapotára is következtethetünk. Nevezetesen, ha az átmeneti időben az ekg az S—T rész meredekségét vagy lenyomottságát mutatja, akkor az a szívizomzat bántalmazottságát jelenti, ellenkező esetben a szívizomzat betegsége nem bizonyítható.

Fentiekből az a következtetés ajánlható, hogy minden szárblockos betegen amylnitrit belélegeztetés után is készítsünk ekg-ot, hogy egyrészt a block állandósult vagy átmeneti voltáról tájékozódhassunk, másrészt a szívizomzat állapotába is betekinthessünk. Ha a szívizomzat jó és csak átmeneti szárblockot látunk, akkor koszorúsérkeringés-javítókkal a beteg életét meghosszabbíthatjuk. Mint hogy a szívizom állapotáról — functionális block esetén — csupán a Tawara-szárblockból nem tájékozódhatunk, ha keringési elégtelenségi jelek nincsenek is, a gyógyítást koszorúsértágítók-kal (purinszármazékok, theophyllin, deryphyllin, euphyllin, adenosintri-phosphorsav, glucose stb.) és cardiotonicummal irányítsuk. Ha keringési elégtelenségi tünetet is látunk, kombinált adjunk koszorúsértágítókkal.

Kórjóslatot pedig csak az összes klinikai jelek felhasználásából mondhatunk, mert a



régi felfogás felülvizsgálatra szorul. Ma már számtalanszor látunk mind állandósult, mind átmeneti szarblockos beteget, kinek állapotát 10, sőt 15 éven át is módunkban van ellenőrizni. Természetesen a kórjósolat mindig az alapbántalmaktól függ, ennek figyelembe vételét sohasem mulasszuk el.

A szombathelyi Bábaképző Intézet közleménye.  
(Igazgató-tanár: Végh Lajos magántanár.)

## Szülési akadályt képező condylomata accuminata.

Irta: Végh Lajos dr.

A condylomata accuminata nem nagyon ritka szövődménye a terhességnek. A hegyes függőlyök szövettanilag a laphámából eredő jóindulatú papillomák csoportjába tartoznak. Ezeknek fertőzős keletkezését kísérleti alapon átoltásokkal is kétségtelenül bebizonyították. A terhességi állapottal járó vérbőség, a terhességi folyás fellazítja és csak előkészíti a talajt, így hajlamot teremt keletkezésre. A budapesti II. Női Klinikán 17.361 szülés között 42-szer fordult elő = 0.24%-kal. (Horváth, Orv. Képz. 1934.) A debreceni Női Klinikán Ebergényi szerint (Magy. Nőorv. 1939) 10.851 szülő nő közül 33 esetben észleltek diónyinál nagyobb condylomata accuminatát. Meglehetősen kevés azonban az olyan esetek száma, amelyekben a hegyes függőlyök nagyságuknál és vérzékenységükénél fogva a szülés lefolyására életveszélyes hatással lennének. Horváth közleményében kettőt, Ebergényi pedig négy, tömegében nagy conglomeratumot képező esetet ismertett, amelyekben azonban a szülés akadály nélkül lefolyhatott. Az irodalomban sokak által ismertett nagyfokú condylomás szövőburjánzások u. n. »conglomerattumor«-ok, vagy szélesebb területen foglalnak helyet — pl. külső genitáliák, gát, anus környéke — vagy kisebb területekről indulnak ki és eredeti helyükkel kicsánnyal függenek össze. Rendszerint tehát ha meg is szűkítik a hüvelybemenetet, akadályt ritkán képeznek. Bauer emberfejnyi két részből álló és a combok közé érő condylomás esetét több közlemény felemlíti. A fartartásos szülés mechanizmusát a nagy conglomeratum különösen itt sem zavarta.

A terhesség végén, vagy már a szülésre jelentkező nagy condylomás conglomeratumokkal fertőzött asszonyok szülésének megoldására eddig nem alakult ki egységes állapot.

Ha a condylomás terhes asszony terhessége első felében jelentkezik vizsgálatra, a vélemények már itt is megoszlanak abban, hogy activ vagy conservatív eljárással fogjunk-e hozzá a gyógyításhoz. Activ therapiaképpen cauterizációt, a függőlyöknek sebészeti eltávolítását, lekaparását, lemetzését, a sebnek körülöltéssel

történő ellátását találták célravezetőnek. Ezen activ terapiát alkalmazók tapasztalatai szerint a terhesség megszakadása a beavatkozások következtében nem szokott bekövetkezni.

A conservatív kezelést alkalmazók viszont azon tapasztalatok alapján óvakodnak a sebészeti beavatkozástól, mert a hüvelybemenetben vagy a külső genitáliakon végzett műtétek nagyon gyakran előidézik a terhesség megszakadását. Ilyenkor a fertőzött talajon ejtett sebzések is hamarosan fertőződnek és így az abortuson, vagy koraszülésen átesett anya életére kiszámíthatatlan hatással lehetnek. A conservatív eljárást ajánlók és követők arra szorítkoznak, hogy különböző edző szerekekkel lassan pusztítják el a hegyes függőlyöket. 25%-os chlorzink, 10%-os chromsav, 40%-os formalin, illetőleg resorcin-oldattal esetelések a leghasználatosabb gyógyszerek. Fritsch szerint a resorcin (15), ezinkoxyd (10), vaselin (ad 50) reggeli és estéli alkalmazása a hegyes függőlyökre csaknem specifikus. Néhány nap múlva a függőlyök necrotizálódnak és a sebek jodoformra gyorsan tisztulnak. Mások különösen a terhesség vége felé nagyobb kiterjedésű condylomás esetében még enyhébb és nem izgató szerekekkel értek el jó eredményt (Ebergényi). Szénporral elősegítik a lobos tünetek megszűnését, később ezt az eljárást Sabinával és Dermaphorinnal kombinálják.

Terhességük végén jelentkező asszonyok nagy kiterjedésű condylomái esetében — amikor azok nagysága, vérzékenysége vagy kezdődő szétesése következtében a fertőzés veszélye miatt a szülés hüvelyi úton történő lefolyását nagy mértékben akadályozná vagy veszélyeztetné — többen ajánlották a condylomás szülés előtti erélyes eltávolítását. Az eltávolítás által szabadabb teszik az utat, a szülés hüvelyi befejezésére. Ilyen nagy kiterjedésű, szülést akadályozó condylomás esetében, ha a szülés normális körülmények között lefolyhat is, mindig megvan a veszély arra, hogy a szülő nő fertőződjék. Ha a condylomát nem távolítják el, akkor az azokon levő gennykeltő baktériumok, viszont ha eltávolítják, akkor a helyükön keletkezett nyitott kapuk szolgálnak alkalmat a fertőzésre. Erre utalnak mindkét tábor közleményeiben szereplő adatok, amelyek megemlítik a gyermekágyban 25–30 százalékban előforduló bűzös folyást, lázas állapotot, sőt sepsist. Horváth adataiban a két nagyméretű condylomás nő közül az egyik szülését a condyloma eltávolítása nélkül bonyolították le és a szülő nő pararectalis tályog keletkezése és megnyitása után sepsisben halt meg. A másik esetben szülés előtt eltávolították a nagy conglomeratumot, azonban a szülő nő az eltávolítás után 3 és fél óra múlva meghalt. Mindenképpen hasonló esete volt Rhombergnek, aki a halál okát thymicolymphaticus alkatra vezette vissza. Zweifel el nem távolított condyloma mellett lefolyt szülés alkalmával észlelt nagy



hüvelyrepedésből keletkezett profus vérzést, majd a gyermekágyban bekövetkezett kötőszövet elgennyedése után halált.

Condyloma accuminatum miatt császármetszést kevesen végeztek és ajánlottak, de annál többen elleneztek azt. *Winter*, majd *Prochorow*, *Pous* nagykiterjedésű condylomák esetében császármetszés mellett foglalt állást. *Phaneuff* condylomák kiirtása után végzett császármetszést, melyben a condyloma azonban csak társindicatióként szerepelt. *Kovács* szerint az 1937—38. évi kimutatások alapján a Magyarországon végzett 1176 császármetszés közül csak egy esetben végezték azt, hüvelyt kitöltő condyloma miatt. Egész sorát ismerjük azonban azoknak, akik a vulva vagy a hüvely egyéb álképletei és gyulladásos, fertőzőes megbetegedései miatt a szülést császármetszéssel oldották meg. A legtöbb szerző természetesen különösen gyulladásos, fertőzött esetekben elveti a szülésnek ilyen megoldását. *Burge* legutóbb megjelent műtéttanában nagyon meggondolandónak tartja, a szeméremtájék fertőzött volta esetén a császármetszést és ha mégis egyetlen megoldásként volna rá szükség, akkor lehetőleg a méh amputációjával együtt, a leány helyének, ezzel a fertőzés kapujának eltávolításával. (Változás korához közelálló többgyermekes anya.)

A következőkben ismertetem egy olyan condylomás esetünket, amelyben a szülés befejezésére egyetlen lehetőségképpen a császármetszés mutatkozott legalkalmasabbnak.

Húszéves, terhessége végén levő, másodszor szülő asszony jelentkezett vizsgálatra azal a panasszal, hogy terhessége hatodik hónapjától kezdve növedékeket érez hüvelyében, amelyek az utóbbi időben erősen megnagyobbodtak és a külső nemirészekben is kezdenek mutatkozni. Három hét óta csaknem minden nap vérezget. A vérzés különösen mozgáskor, járáskor jelentkezik. A beteg nagyon sápadt és vizsgálatkor kitűnik, hogy a hüvelyt, kisajjakat és nagyajkakát kisebb mértékben hegyes függölyök lepik el. A szeméremrészből kevés vér szivárog. Feltárási kísérletünk meghiúsult, mert a hüvelyt csaknem egészen kitöltötte a tarajos, pirosszínű, vérzékeny, hegyes függölyre jellegzetes, hatalmas szövetszaporulat. A condylomas-tömegek alig hagynak annyi helyet, hogy egy ujjal belső vizsgálatot végezzünk. Ekkor érezhetővé válik, hogy a hegyes függölyök nemcsak az introitusnak megfelelő részt, hanem az egész hüvelyfalat, valamint a hüvelyboltozatot is annyira ellepik, hogy a portiot nem érhetjük el. Az asszony, tanácsunk és felvilágosításunk ellenére távozik, majd 10 nap múlva mintegy 2—3 dl vér hirtelen eltávozása után gyenge fájásokkal felvételre jelentkezik. Felvételkor külső vizsgálatlaltal biztosan megállapítható az ikerterhesség. Pár óra múlva a fájások erősödnek, amikor is rectalis-vizsgálattal elérjük a magzati koponyát és

hozzávetőlegesen 2 ujnyi méhszájat állapítunk meg. A vérzés ekkor újból fokozódik. Tekintettel arra, hogy a 10 nappal ezelőtt történt vizsgálat megállapította, hogy a nagytömegű condylomas-képletek a hüvelyben alig egy ujj számára átjárható rést hagytak szabadon, másrészt, hogy a hetekig tartó vérezgetés után a nagy fokban anaemiás asszony újabb vérvesztéséget nem bírta el, — egyetlen célra-vezetőnek a szülés lebonyolítására a császármetszés látszott. A műtétet elvégezzük és az egyenes fekvésben elhelyezkedő 3000 g-os, valamint a harántfekvésben elhelyezkedő 2300 g-os fiúgyermekeket világgrasegítjük. A császármetszés alkalmával az asszony minimális vért veszített. A szülés első napjától kezdve a hőmérséklet naponta 38°, sőt 39° fölé emelkedik, a folyás rendkívül bűzös, nagytömegű. Tekintettel a terhesség alatt elvesztett vérmenyiségre (vvs.: 2,360.000, fvs.: 14.800, hgb.: 60%), 300 köbcentiméter vért transfundálunk. A transfusiót a gyermekágy további folyamán 5—6 naponként megismételjük. A második naptól kezdve Ultraseptyl kúrát kezdünk 6 g-os kezdő napi dosissal. A nagytömegű nedvesztés pótlására sós infúsiókat, cukoroldatot adunk nagy mennyiségben. A gyermekágy 29-ik napjától fogva, amikor még a folyás rendkívül bűzös és nagymennyiségű, de már láthatóvá válik, hogy a condylomától szabadon hagyott rés megnagyobbodott, 15—20 köbcentiméter neomagnolos hüvelyöblítés után naponta bőven szórunk be a hüvelybe Ultraseptyl port. Az erősen balra tolódott vérkép, valamint a quantitativ vérkép is megjavult. A gyermekágy 54-ik napján 6 napi teljes láztalanság után a beteget egészséges gyermekekkel együtt hazabocsátjuk. Ekkor a folyás még rendkívül bő, de már nem bűzös. A szülés után 10 hét múlva a beteget újból megvizsgáljuk, amikor is sem az introitusban, sem a külső nemi részekben, sem a hüvelyben, sem a hüvelyboltozatban a legesekélyebb nyomait sem találjuk a condylomának.

Esetünket kétféle szempontból tartottuk közlésre érdemesnek.

1. A hegyes függőlyöknek ilyen nagyfokú kiterjedése a hüvelyben és a hüvelyboltozatban a legnagyobb ritkaságok közé tartozik.

2. Növeli azon kevés eset számát és tapasztalatát, amelyben a condyloma elhelyezkedése, nagysága és veszélyes vérzésékenysége miatt a szülésnek egyedül császármetszéssel történő befejezését tette szükségessé.

Nagy megfontolás tárgyát képezte az, hogy a méhet amputáljuk-e? Ettől a kíváncsinak látszó megoldástól az tartott vissza, hogy az asszony csak 20 éves volt. Bűzös folyás szülés előtt nem mutatkozott és hőemelkedés sem volt. A burok ép volt. Belső vizsgálatnak inkább csak kísérlete történt steril cautelák mellett a császármetszés előtt 10 nappal.

Az irodalmi adatok arról tanuskodnak,



hogyan a hegyes függőlyök a gyermekágyban gyakran maguktól is zsugorodnak és a gyermekágy befejeztével a szövetek regenerációjával olyan helyzet adódik, amikor a zsugorodott szövetszaporulat eltávolítása aktív módon is veszély nélkül végezhető el. Vannak azonban olyan tapasztalatok is, amelyek szerint a hegyes függőlyök minden különösebb gyógyszeres eljárás nélkül is a gyermekágyban hosszabb-rövidebb idő múlva eltűnnek. Itt említeném meg *Ebergényi* egyik esetét, amelyben a terhesség első felében jelen levő nagytömegű condylomas szövetszaporulat már a terhesség végére, illetőleg a szülés idejére minden kezelés nélkül eltűnt.

Esetünkben célszerűnek véltük és jónak találtuk az Ultraseptyl por tömeges alkalmazását, amely a mindig jelenlevő óriási fertőzési lehetőséget ha nem is szünteti meg, de csökkentheti.

Nagytömegű condylomas conglomeratumok után, akár maguktól tűntek el azok, akár conservatív vagy aktív kezelésre, szükségessé válik a betegnek hosszú időn át ellenőrzése, amit az utóbbi időben megjelent közlemények esetei és tanulságai bizonyítanak. Ha a condyloma a laphám-eredetű jóindulatú papillomák csoportjába tartozik is és nem tekinthető praecarcinomás szövethépletnek, helyéről az említett szerzők tapasztalatai szerint évek múlva is indulhat risszindulatú burjánzás.

A pécsi Ideg- és Elmeklinika közleménye. (Igazgató: Reuter Camillo ny. r. tanár.)

### Ultraseptyl-polyneuritis.

Irta: Tóth László dr. klinikai tanársegéd.

A magyar és külföldi irodalomban megjelent számos hasonló tárgyú közlemény után, négy esetünk kapcsán, én csak kiegészítő megjegyzésekre szorítkozom.

Mindenekelőtt néhány körülményre utalok, melyek dolgozatom címének megválasztását is indokolják. Nevezetesen egyszer már valakinek szövé kell tennie, hogy félreértésekre vezet, ha általában idegrendszeri sulfamidártalmakról beszélünk. Mert bizonyos készítmények azok, melyek az ilyen mérgezések majdnem mind egyikét okozták, s bizonyos elváltozások azok, melyekben az ilyen mérgezések túlnyomó többsége megnyilvánult. Hazánkban *gyakorlatilag* a veszedelmes szerek elsősorban az *ultraseptyl* (sulfamethylthiazol), aztán az *uliron*, a fenyegető ártalom pedig egy jellemző *polyneuritis*.

Az idevágó magyar irodalmat összegezve jelentős, hogy *Simon* és *Konek* »Idegrendszeri sulfamid származék ártalmak« című cikkében 10 ultraseptylpolyneuritist ír le tulajdonképpen, hogy *Kulsár* és *Csajághy* »Sulfamid származékok idegrendszeri mellékhatá-

sai« címen 3 ultraseptyl- s 1 ulironokozta polyneuritisen kívül csupán még 1 prontosil- okozta opticus-neuritist közöl. *Dellamartina* 2 polyneuritistról szól, az egyiket ultraseptyltől, a másikat ulirontól látta. Hozzánk idegrendszeri sulfamid-ártalmak közül ugyancsak 4 ultraseptyl-polyneuritis került. Külföldi lapok szerint (melyeknek azonban csak egy részét, azt is többnyire kivonatban tudtam átnézni) 23 polyneuritist említenek ulirontól, 17-et »sulfamethylthiazol«-tól, 4-et »disulfanylamid«-tól, 2-2-t »sulfanylamid«-tól és chemosept-  
től, 1-et pedig »diaminophenylsulfanylamid«-tól. Ezzel szemben egyéb idegrendszeri sulfamid-ártalmak közül 3 mononeuritist említenek »sulfonamid«-tól, dysaesthesia, myelosis és encephalitis 1-1 esetét ulirontól, 1 myelitist »sulfanylamid«-tól, 1 ulnaris-neuritist albucid-től és 1 opticus-neuritist prontosiltól. A felsorolt polyneuritisek tünetei és helyük lényegükben megegyezők. Mindezek után kérdés, vajjon az idegrendszeri ártalmak valóban csak egyszerűen a sulfamid-gyöktől függenek-e és vajjon egy-egy sulfamid-származék valóban csak elterjedtségének arányában szerepel-e bennük, mint ahogy általában állítják. Az eddig közölt adatokból arra is lehet következtetni, hogy az idegrendszeri ártalmak a készítmények vegyi összetételétől függenek, hogy ettől függ az ilyen ártalmak gyakorisága és milyensége. Az utóbbi feltevésnek ellene szól ugyan, (ánélkül azonban, hogy azt kizárná), az ultraseptyl és uliron igen különböző vegyi képlete, melyben csak a sulfamid-gyök a közös, valamint e két szer állítólag különösen gyakori alkalmazása. De a kérdés csak úgy lenne eldönthető, ha az idevágó mérgezéseket a különböző sulfamid-származékok elterjedtségének pontos arányával vethetnénk össze. Mászt jelent e készítmények népszerűsége, mely azért fontos, mert mérgezés gyakran úgy jön létre, hogy a beteg a szert orvosi utasítás és nyakló nélkül szedi. Jóllehet a hatékony adagolás szerzőnként meglehetősen különböző, annyit mondhatunk, hogy *általában a mérgezés tulajdagságának a következménye*. De a mérgező adag igen tág határok között mozog és nyilván az egyéni érzékenység is számít. Mindenesetre úgy látszik, hogy felnőttön a veszedelmes adag testsúly-kg-onként legalább 1/2 g-nál kezdődik és kevéssé függ attól, hogy ezt a mennyiséget a beteg mennyi idő alatt szedi be.

Az említett polyneuritis tünetei sajátlagos, egységes, önálló és jellemző kórképet adnak, melynek tulajdonságai eseteink tanulsága szerint a már bőséges irodalmi adatok alapján a következőképpen foglalhatók össze. A beteg először két lábikrájában húzó fájdalmat vesz észre, melyet majdnem mindegyik izomláznak nevez. Ez néhány nap múlva elmúlik, ám ekkor a beteg két »lábát« mind gyöngébbnek érzi s hamarosan, de ritkábban és csak futólagosan két keze erejét is apró mozgások közben, pl.



gombolkozáskor, különösen jobb oldalt, gyöngültnek mondja, anélkül, hogy az ujjak mozgásai objective észrevehetően erőtlenebbek vagy korlátozottak lennének. Az összes lábszárizmok petyhüdtek és feltűnően sorvadnak. Az izomerő a két láb minden izmában csökken. A lábujjak feszítése, hajlítása, terpesztése, közelítése, a két lábfej feszítése, hajlítása, jobbra-balra fordítása active többé-kevésbé lehetetlenné válik, a beteg ültében sarkát és metatarsusát emelni nem képes. A járás esetlen, járás közben a lábszár emelésekor a lábfej lelóg és néha a térd is rogyadoznak, de rendszeren a beteg guggoló helyzetből jól fölemelkedik, jól megy lépésről és Mingazzini- vagy Barré-jel sincsen (vagyis többek közt a hanyat-, illetőleg hasonfekvő beteg derékszögben behajtott térddel lábszárát vízszintesen, illetőleg merőlegesen jól megtartja). A Sarokreflex (Achilles-in-reflex) kétoldalt eltűnik vagy renyvévé válik, néha a térdreflex is csökken. Néhány hét múlva a két lábfej, később a két lábszár minden izmában teljes elfajulásai reactio mutatkozik féregszerű galvános rángással. Az objectív tünetek néha a kézre, kivételesen a két comb és medence egyes izmaira is ráterjednek, de féloldali, valamint a hajlító és feszítő oldal közti különbséget alig mutatnak. A peroneus bénulás többnyire csak physikai okokból feltűnőbb, mint a tibialis-é. Az említett kezdeti húzófájdalmakon kívül spontán vagy »objectív« érzészavar, nyomásérzékenységre rendszeren nincsen. Ha a beteg a mérgező orvosságot az első tünetek jelentkezésekor elhagyja, ezzel a bénulások kifejeződésének elejét venni már nem lehet. Ha nem tekintjük a csupán subjectív izomgyöngeségeket, melyek napok alatt eltűnnek, a kifejezett bénulások visszafejlődése általában egy esztendeig is eltart. A fentieket összegezve azt mondhatjuk tehát, hogy ha a *tibialis és peroneus együttes, kétoldali, érzészavarral nem járó bénulását* látjuk, akkor gyakorlatilag ultraseptyl- vagy ulinormmérgezésre kell gyanakodnunk.

A leírt polyneuritis létrejöttének mikéntjére az irodalom nem ad egyértelmű választ. Az állatkísérletek eredményei is ellentmondók. A közölt szövettani elváltozások és működésszerű zavarok nem fedik egymást. Emberről boncolási lelet nincs. Még az sem tisztázott, vajjon az ártalom környéki vagy gerinevelői-e. *Mint-hogy sulfamid-származékok vérszegénységet okozhatnak, vérszegénység pedig a mellső szarvak ártalmával járhat, fölmerül a kérdés, nem itt kereshető-e valami közvetett összefüggés.* Meg kell még említenem, hogy idegrendszeri sulfamid-ártalmak azon esetei közül, melyekben a beteg korát, nemét és foglalkozását megtudhattam, (érdekes, hogy ilyen adatokban az irodalom néha milyen fukar!) 18 évesnél fiatalabb beteg nem került ki, opticus-neuritist kapott 2 nő, jellemző polyneuritist 3 nő és éppen tízszer annyi férfi, másrészt 1 péksegéd, 1 vaskereske-

dősegéd, 1 acélgyári munkás, 1 kereskedelmi- és 1 haditengerész, 2 rendőr és 10 katona. Eszerint az említett *polyneuritis férfibetegség és katonadolog.* Ezt a kankó nagyobb elterjedése és az önhatalmú kezelés nagyobb gyakorisága katonák és általában férfiak között magyarázhatja, de utalhat arra is, hogy a polyneuritis éppen az erősen igénybe vett végtagokban mutatkozik, mint ahogy ezt már mások egyéb okokból föltették.

Befejezésül közlöm betegeink vizsgálati leletének kivonatát azzal a megjegyzéssel, hogy azok 6 hónap alatt kerültek hozzánk.

**K. Gy.** 26 éves gyalogos zászlós. Egyszeri vizsgálat. Kankó ellen rendelés nélkül 1 hónap alatt körülbelül 144 tablettát ultraseptylt szedett. Ekkor nedves esizmában többször hidegben hosszasan kocsizott s utána »izomlázata« érzett két lábikrájában, ezért a szert elhagyta. Egy hónap múlva a peroneus és tibialis által ellátott izmok két oldalt petyhüdtek, sorvadtak, a megfelelő mozgások úgyszólván végbevihetetlenek, a sarokreflex két oldalt, de különösen jobb oldalt renyhe. Általában a járáskor két térdé rogyadozik, de egyébként a combizmok rendben vannak. A lábizmokban kétoldalt teljes ER féregszerű rángással. Érzészavar nincs.

**K. D.** 18 éves péksegéd. Egyszeri vizsgálat. Kankó. Magasántából 1 héti napi 6 ronint, aztán 3 héti naponta 6 ultraseptylt szedett. Két hete szedte az utóbbit, mikor »izomlázata« érzett két lábszárában. Egy hétre rá két kezét gyöngének érzi, de egyébként kézi- és lábmozgások rendben vannak. Ugyanakkor a tibialis és peroneus által ellátott izmoknak megfelelő activ mozgások korlátozottak két oldalt, a sarokreflex kétoldalt hiányzik. ER, érzészavar nincs.

**M. L.** 21 éves tizedes. Kankó. Magasántából 2 héti naponta 6 ultraseptylt szedett, mikor orvosa szerint kétoldali peroneus-bénulást kapott. Egy év múlva vizsgáljuk. Ekkor sarokreflexei renyhék, egyébként rendbejött.

**D. J.** 24 éves vaskereskedősegéd. Kankó. Két hónap alatt rendelés nélkül 240 szem ultraseptylt szedett. Ekkor »izomlázata« a két lábszárban, az orvosságot elhagyja. Tíz nap múlva 4–5 napig húzó- és gyöngeségérzés a jobb kézben objectív elváltozás nélkül. Ugyanakkor mozgásatlanság, erőtlenség a két tibialisnak és peroneusnak megfelelően. A térd- és sarokreflex, különösen az utóbbi, renyhe kétoldalt. ER a lábizmokban kétoldalt. Egy hónap múlva a lábikrák sorvadtak, petyhüdtek kétoldalt, a láb- és lábszárizmok mozgása active lehetetlen. Ugyanott teljes ER féregszerű rángással a feszítő és hajlító oldalon egyaránt. Érzészavar nincs. Ujabb 2 hónap múlva alig észrevehető javulás.

(A cikk megjelenéséig, tehát további 4 hó alatt, még egy 23 é. tizedes (B. J.) és egy 22 é. műköszörűs (D. J.) került hozzánk a vázolt bénulással. Mindkettő túladagolva ultraseptylt szedett, az egyik önhatalmúlag, a másik orvosi utasításra.)

*Az egyetemek székhelyén készült dolgozatokat az ottani egyetemi szakszövetség képviselőihez kell küldeni, a szerkesztőség csak az ő véleményük alapján fogad el közlésre kéziratokat.*



A kolozsvári Szülészeti-Nőgyógyászati Klinika közleménye. (Igazgató: v. Páll Gábor ny. r. tanár.)

## Női ivarhormonok és emmenagogumok együttes alkalmazása hőségzavarokban.

Irta: Kése György dr. tanársegéd

A gonadotrop és női ivarhormonok felfedezése óta az elégtelen petefészekműködés és a vele együttjáró havivérzési hiány, valamint a menstruációs zavarok kezelésére csaknem kizárólagosan a hormontherapiát alkalmazzák. Az utóbbi két évtizedben nőkön és állatokon végzett kísérletes vizsgálatok, valamint a gyakorlati tapasztalatok alapján petefészekelégtelenség és genitalis hypoplasia esetén adagolt hormonmennyiségekre vonatkozólag csaknem teljesen egyetemes vélemény alakult ki. A petefészek funkcióját különböző tényezők befolyásolják. Ismerjük az ovariumnak a belsőelválasztásos mirigyekkel való korrelációját, tudjuk továbbá azt, hogy a petefészek és a méh működésében nagy szerepet játszik az alkat, idegrendszer, táplálkozás, környezet és általában minden olyan körülmény, ami a szervezetre hátrányos vagy ártalmas. Éppen ezért hormonkezelés alkalmazásával a szervezetet általános vizsgálat tárgyává tesszük és a sexualis hormonok adagolása mellett különös tekintettel vagyunk mindazon tényezőkre, amelyek a genitáliák működésében mint általános stimuláló és tápláló faktorok vesznek részt. Az elhízással gyakran együttjáró amenorrhoea és hypomenorrhoea a megzavart zsírsanyagcserenek következménye, máskor pedig a leromlott szervezet vagy anaemiás állapot okoz vérzési hiányt. Ezekben az esetekben tüszőhormon nyújtása mindaddig eredménytelen, míg az alapbántalmat nem kezeljük.

A csíramirigyek megzavart működésének rendezése céljából gyakran még más gyógyszerek alkalmazása is célszerű. Már a régi orvosok is számos gyógyszert ismertek, amelyekkel a hiányzó havivérzést meg tudták indítani. Ezeket a szereket „Emmenagogá”-nak nevezték. Nagyrésztük növényi drógok hatóanyagai, amelyeket népies orvoslásban a terhesség megszakítására is felhasználtak. Vérbőséget idéznek elő a medence szerveiben, méhösszehúzóásokat váltanak ki és hashajtó tulajdonsággal is bírnak. Utóbbi tulajdonságuknál fogva különösen az elhízott és plethorás egyéneknél jó eredményűek. Hatásukat részben a központi és reflektorikus beidegzésen keresztül fejtik ki, közvetlenül pedig az erek tágításával idéznek elő vérbőséget.

Az alábbiakban röviden ismertetünk néhány növényi eredetű és egyéb gyógyszeres emmenagogumot, amelyek leginkább használatosak voltak (utalunk Páll: „Emmenagogumok alkalmazása” c. cikkére O. Gy. K. 1936. 18. sz.) és forrázat, extractum, tinctura, pilula és por

alakjában alkalmazzák őket. A növényi eredetű hashajtók közül megemlíthjük a Fol. Sen-nae, Aloë és Rheum ismert gyógynövényeket. Az Aloë-t rendszeren vassal együtt adták (Pil. Aloëticae ferratae). Méhatonia okozta dysmenorrhoeában a sáfrányt alkalmazták, mint uterotonicumot és sedativumot, kísérleti állatok izolált méhén rhythmicus összehúzóásokat vált ki s mérgezési tüneteket csak nagy adagokban okoz (8–10 gr). Forgalmában pil. Emmenagoga Ruffi néven kerül (aloë pulvis 6 r., myrrha 3 r., crocus 1 r.). *Ruta graveolens* gyógynövény leveleinek hatóanyaga vérbőséget és méhösszehúzóásokat vált ki, ezért nagyobb adagokban mint abortivum szerepelt s különösen Franciáországban terjedt el. Kis adagokban is jó eredményeket észleltek utána amenorrhoea és dysmenorrhoea esetében. *Calendula officinalis*-t tinctura, illetve extractum formájában adagolták oligomenorrhoea esetén, egy héttel a várható havivérzés előtt. Használatosak voltak még az *Artemisia*-félék, *Juniperis sabina* és a *Petroselinum sativum*. Utóbbinak hatóanyaga az *apiol*, a népies orvoslásban különösen mint abortivum volt elterjedve. Erélyes méhösszehúzóásokat és vérbőséget vált ki. Igen toxicus s a bekövetkezett elveté-  
lés rendszeren mérgező hatásának következménye. Tengerimalacoknak adagolva azokban bélátfűródás, hashártyagyulladás, súlyos vese- és májártalmak fejlődhetnek. Emberben ezenkívül még toxicus polyneuritisek is keletkezhetnek. Az irodalomban több szerző számolt be halálos *apiol*-mérgezésről. Ujabban bevált szer a Merck-féle *Eumenol* (Tang-Kiu kínai növény gyökeréből állítják elő) és a *Menolysin* (Johimbinum hydrochloricum), továbbá a *Menolysin compositum*, amely még codeint is tartalmaz. A gyógyszeres emmenagog-szerek közül a *kalium hypermanganicum*-ot és *natrrium salicylicum*-ot említjük meg.

Az emmenagog-szerekre újabban *Aschner* hívta fel a figyelmet, aki különösen alkati megbetegedésekben ért el jó eredményeket. *Schweizer* és *Lichtenberger* hypoplasias méh okozta dysmenorrhoeás panaszokat és klimactericus zavarokat Menolysinnel kedvezően tudott befolyásolni. *Büsch*-nek atypusos vérzéseket sikerült rendeznie.

A hormontherapia jogosultsága ma már elvitathatatlan. Megtörténhetik azonban, hogy néha amenorrhoeában megfelelő tüsző- és sárgatesthormon adagolásával sem tudunk menstruációt előidézni. *Lauterwein* és mások nyálkahártyakaparék szövettani vizsgálata alapján kimutatták, hogy havivérzési hiány tökéletesen felépült (secretiós fázis) méhnyálkahártya esetében is gyakran fordul elő. *Schröder* ezt azzal magyarázza, hogy a méhnyálkahártya functionális rétegének leválása megfelelő vérbőség hiányában elmarad, vagy a spongiosa-réteg nem alakul ki tökéletesen, éppen a hiányos vérellátás folytán. *Lauterwein* vizsgálataival még azt is kimutatta, hogy olyan amenorrhoeában alkalmazott therapia szokott si-



kerrel járni, melynek kapcsán a vérzéshiány tökéletesen felépült nyálkahártya mellett szerepel.

*Klinikánk járóbeteg rendelésén másodlagos amenorrhoea és hypomenorrhoea kapcsán a tüszőhormont emmenagogumokkal együtt sikeresen alkalmaztuk.* Elgondolásunk az volt, hogy ezen szerekek a petefészek és méh jobb vérrellátását biztosítva, a felhasznált tüszőhormon hatékonyabb lesz, s a petefészek generatív működése is helyreáll. Feltevésünket *Ludwig S. és v. Ries I.* kísérleteire alapoztuk, akiknek infantilis nőtény fehéregereken yohimbin- és cantharidin-anyagok befecskendezésével sikerült ú. n. pikkelyeződést előidézni. Feltételeztük, hogy amenorrhoeában és hypomenorrhoeában a capillarisek nem tágnak eléggé és áteresztőképességük is csökkent. Emmenagogumok adagolásával a vasomotoricus központokat iparkodunk kedvezően befolyásolni és ezáltal a genitáliákban vérbőséget előidézni.

Az elégtelen petefészekműködés kezelésére a következő gyógyszerekhez folyamodunk: Fol. Sennae, Eumenol, Aloë és kal. hypermanganicum, amelyek közül a legcélszerűbbet a beteg alkata szerint választjuk ki. Hízásra hajlamos vagy elhízott egyéneknek megfelelő étrend mellett (zsír- és szénhidratszegény, fehérjében gazdag), az *Aschner-féle* gyógyszeres eljárást rendeljük. Reggel éhgyomorra 10 gr natrium sulfuricumot negyedliter melegvízben, csökkent alapanyagcsere esetében 1–2 tabl. thyreoideát, este lefekvéskor 1 csésze teát írunk elő a következő forrázatból: Fol. Sennae, Rad. Liquir., Fruct. Foenic — 30.0 g, ebből 1 kávéskanál jön  $\frac{1}{4}$  liter vízre. Párhetes ilyen kezelés után a beteget rendszerint sikerül néhány kg-mal lefogyasztani. Amenorrhoea esetében havonta egyszer, 4–5 (6×0.05 pro die) vagy Eumenolt is adagolunk. A napon át kalium hypermanganicum pilulát senna-forrázat bő és híg székelést előidéz, illetve szövetnedvelvonó tulajdonságánál fogva jól beválik plethorás állapotban és klimaxos nők hypertóniájában is. Astheniás betegeknek a roboráló gyógyszerelésen kívül (vas, arsen, C-vitamin, máj) tüsző- és sárgatesthormon mellett pil. aloëticae ferratae-t vagy Ruffi-féle pilulákat adunk az intermestruumban, mindkettőből naponta 3×2 szemet az étkezés után. Leginkább azonban egy héttel előbb ajánlatos adagolni a várható vagy a feltételezhető menstruatio előtt. Mivel újabban ezen gyógynövények a háború folytán nem kaphatók, kal. hypermanganicum pilulákhoz (0.05) folyamodtunk. Utóbbi adagolását hormonkezeléssel együtt a következőképpen végezzük: teljes havivérzéshiány esetében az amenorrhoea jellegének megfelelően tüszőhormont adunk injectio vagy tabletta alakjában, a negyedik héten sárgatesthormont és ha 2–3 hónap után nem érünk el eredményt, akkor kal.

hypermanganicum pilulákat szedetünk a kezelés kiegészítésére. Megjegyezzük, hogy ezenkívül E-vitamint is előírunk. Hypomenorrhoea esetében hasonlóképpen járunk el.

A fent leírt kombinált therapiával több ízben jó eredményt láttunk. Ezek közül csupán 3 esetet kívánunk ismertetni:

*I. eset.* 25 é., O. P., 5 éve van férjénél, Oligo-, ill. hosszabb-rövidebb ideig tartó amenorrhoea miatt jelentkezik vizsgálatra. Középtermetű, elhízott nőbeteg. Alapanyagcsere +5. Nőgyógyászati lelet: rendesen valamivel kisebb méh anteverzio-flexióban, szabad környezettel. Hormontherapiában már részesült, háromhónapos tüszőhormonkezelést végeztünk injectiók alakjában (havonta 50.000 E.) s ezenkívül még soványító étrendet és az *Aschner-féle* eljárást írtuk elő, E-vitaminnal együtt. Ezen idő eltelté után betegünk 6 kg-ot fogyott és menstruációi rendeződtek. A kezelés folytatásaképpen a következő cyclosok praemenstruumban még kal. hypermanganicum pilulákat (0.05) is adagoltunk. Háromnegyed év múlva betegünk teherbe esett, s élő, érett magzatot hozott világra.

*II. eset.* 35 é., rendes testsúlyú nő, kórelőzményében 2 művi vetélés szerepel. Másfél év óta nincs havivérzése. A több ízben alkalmazott tüszőhormonkezelés eredménytelen volt. Genitalis lelet: valamivel kisebb uterus, szabad környezettel. Erélyes tüsző- és sárgatesthormon, valamint E-vitamin-kezelést vezettünk be és ugyanakkor a feltételezhető havivérzés előtt egy héttel napi 3×2 kal. hypermanganicum szemet (0.05) adagoltunk. Két hónap letelte után bekövetkezett a menstruatio és azóta rendszeren ismétlődik.

*III. eset.* 28 é., I. P. A jól fejlett és táplált nő 1 év óta amenorrhoeás. Normális genitáliák. Minthogy vidéken lakik és injectiós kezelésben nem részesülhet, tüszőhormon-tablettákat írtunk elő. Háromhónapos eredménytelen therapia után, a tüszőhormon tabletákkal együtt eumenolt is adtunk, mire menstruációi — bár kis mennyiségben, — de újra jelentkeztek.

Közleményünk célja az volt, hogy a petefészek működését befolyásoló hormonkezelésen kívül egyéb befolyásoló tényezők fontosságát is hangsúlyozzuk. Felhívjuk a gyakorlóorvosok figyelmét az emmenagogumok szerepére is, amelyek egyes amenorrhoea és hypomenorrhoea esetében (hosszantartó szoptatás után vagy fertőző betegségekhez társult havivérzéshiány esetén) nem egyszer egymagukban is meg tudják indítani a havivérzést vagy pedig az elégtelen hormonkezelést előnyösen tudják támogatni.

## DERMASEPT KENŐCS sec. ZOMBORY

15, 30, 60 g-os csomagolásban

INDICATIO: Ekzema, pyoderma, exoriatio, impetigo, dyshidrosz, furunkulosis, sycosis, folliculitis, hydradenitis, renyhény gyógyuló és gyulladásos sebek, alszárfekélyek, égés, fagyás- és minden fertőzött friss sérülés.

Az összes fővárosi közpórházakban, OTI, MABI, MÁV, Magyar Ház, B. B. I., M. Kir. Dohányjöv. B. B. I., M. kir. Post. B. B. I., Székesfővárosi Alkalmazottak Segítő alapja, a Honvédségnél és az összes fegyintézeteknél is szabadon rendelhető.



## IRODALMI SZEMLE

## SEBÉSZET

Rovatvezető: Benes Lajos és Rhorer László.

**Friss fagyserülések kezelése.** G. Bahis. (Dtsch. Med. Wschr. 1943., 47—48.) A helyi fagyserülés három stádiumának anatómiai és körülményei jelenségei tökéletes összhangba hozhatók az érmozgató idegrendszer körös működésének fokozataival s ennek megfelelően a gyógykezelés egy része az érmozgatórendszer lehető javítására irányul. A fagyserülések első stádiumában az aktiv hyperaemiát létesítő mechanikus eljárások rendszerint eredményesek. A II. stádiumban szerző az ichthyol-kenőcsös kötés helyett száraz, antiseptikus-por kezelést alkalmaz; kiterjedt és tartós pangásos vérbőség, vagy oedemaképződés megszüntetésére a partialis sympathectomiát, vagy a megfelelő sympathectikus ggl-ok sorozatos Novocain-infiltrációját javasolja, ha a kezdetben kipróbált értágító gyógyszerek hatástalanok. A kifejlődött száraz üszők kezelésében feltétlen híve az antiseptikus por használatának; az elhalt végtagrészeket pedig csak a teljes elhatárolódás után választja le. Nedves üszők esetén száraz helyi és infiltrációsökök körüli kezeléssel várja be azt az időt, amikor a teljes elhatárolódás az elhalt szövetek művi leválasztására már alkalmas viszonyokat teremtett. (R. 10.) Réczey Jenő dr.

**A functionális és anatómiai vérkeringési zavarok kezelése körülményekkel és scarificatiókkal.** Sauerbruch F. és A. Jung. (Deutsch. Zeitschr. f. Chir. 258. 6—8.)

A szerzők több kóresetet közölnek, midőn a betegek különböző eredeti necrosisai, gyógyulni nem akaró fekélyei scarificatiók és a fekélyek körülményeinek hatására meggyógyultak. Szerintük scarificatióktól jó eredményt csak akkor várhatunk, ha a 2—3 cm hosszú és a bőr alatti

kötőszövetig hatoló bemetszéseket nemcsak az elváltozás közvetlen környékén, hanem az egész végtagra kiterjedően végezzük. A körülmények végzését a fekélyek körül kör-körösen az ép területeken egymáshoz kb. 2—2 cm távolságban ajánlják. Ezeknek a beavatkozásoknak, mint ingereknek hatására a végtag vérrellátása javul. Ezeket a beavatkozásokat endarteritis obliterans, arteriitis senilis, arteriitises diabetika, Winiwarter-Bürger betegség, vagy fagyások okozta gangraenák, elhalások, gyógyulni nem akaró fekélyek kezelésére ajánlják akkor, ha a gyógyszeres kezelés eredménytelen maradt. Azonkívül jól kiegészítik a sympatikus végzett műtétek gyógyhatását is. (B. 10.)

Kovács Zoltán dr.

**Heveny vérvesztés után jelentkező hasi tünetek.** Wendero h. (Dtsch. med. Wschr. 1944. 11—12.) Heveny, nagyobb mennyiségű vérvesztéssel járó és hastól távol keletkezett sérülések után néhány órával súlyos hasi tüneteket észleltek, amelyek vérátömlesztésre nyomtalanul visszafejlődtek. Csupán isotonias folyadék bevitelére a kórkép nem javult. A tünetek többnyire csak kisfokú étvágytalanság és nyomásérzékenység formájában, több esetben azonban a legsúlyosabb hasi katasztrófa utaló jelenségek (széklet-szélrekedés, puffadás, izomvédekezés stb.) alakjában jelentkeztek. 500 cm<sup>3</sup> vér bevitel után a has puha, fájdalommentes lett, a bélmozgás megindult és a szándékolt műtét feleslegessé vált. A tünetek minden bizonnyal a hasi szervek vérszegénységére vezethetők vissza és diagnosztikus tévedésekhez vezethetnek. Különösen olyankor fordulhat ez elő, amikor a sérülés minőségéből és helyéből egyes hasi szervek sérülése könnyen elképzelhető. Ilyenkor a vérátömlesztés hatása dönti el a kórismét. (R. 8.)

iff. Hüttl Tivadar dr.

## PHYLAXIA

SZÉRUMTERMELŐ R.T.  
Budapest, X., Szállás-utca 3.

VÁROSI IRODÁJA:  
BUDAPEST, VII.,  
Rottenbiller-utca 26.  
Telefon: 424-383, 425-730.

## DIAGNOSTIKUMOK:

Agglutináló savók  
Antigenek  
Bakterium suspensiók

Haemolysin  
Tuberkulin  
Serotyp

vércsoportmeghatározó savó

Perorális roboráns:

HEPORAL

és semmi más!



**Dr. Deér Endre** serobakteriologiai laboratoriuma

Budapest, IX., Ráday-utca 18. Telefon: 186-006.

*Legeredményesebb vaccina-kezelés*

**AUTOVACCINÁ-val**

*érhető el*

Staphylococcus, streptococcus, bac. coli, stb. által okozott betegségek esetében (furunculosis, hydradenitis colitis mucosa, asthma bronchiale, stb., stb.) készíttessen Dr. Deér-féle autovaccinát.

ROBORANS ES  
VÉRKÉPZŐ

**KATONYL**

DR. DEÉR



**B E T A B I O N**

**a bevált B<sub>1</sub>-vitamin készítmény**

therapiásan és prophylacticumként

3 mg-os tabletták, 5 mg-os ampullák

25 mg-os „forte”-ampullák

100 mg-os „fortissimum”-ampullák

*E. Merck*

Magyarországi vezérképviselet: Wirth Károly, Budapest, V., Báthory-utca 16.



## GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Kerpel-Fronius Ödön.

A csecsemőkori latens mastoiditis kérdéséhez. Wolf. (Arch. Kh. 130. 1.) Négy esetben végeztek általános súlyos tünetek között levő csecsemőnél antrotomiát, csaknem negatív fülészeti lelet mellett. Ezek közül két esetben kifejezett gennyedést találtak az antrumban. Hangsúlyozza a latens mastoiditis dinagostikus nehézségét és ezért véleménye szerint az esetek egy részében végeznek csak helyes indicatio alapján műtétet. (K. 10.)

György Ede dr.

Hatnak-e sensibilizálólag a sulfonamidok. Brieger. (Zschr. Kh. 64. 1. 1943.) 250 scarlat és diphtheria reconvalescens csecsemőknek és gyermeknek napi 1.5, ill. 3.0 g sulfonamidot ad 2 héttig. Az alkalmazott sulfonamidok közül elsősorban az Eubasin okozott gyógyszer-exanthemát, melynek felléptekor a gyógyszert kihagyták. Cibazol, Pyrimál, Prontosil is okoz exanthemát, de csak hosszabb idő után. Mindegyik sulfonamid-féleségnél más és más az exanthema megjelenési formája. Az exanthema fennállása alatt leukopenia és absolut lymphocytosis észlelhető. Rövid idővel az exanthema lezajlása után, de ha exanthema nem is lépett fel s az anyagot elég sokáig adagolta, különösen az Eubasin esetében, újabb adagolással szemben túlérzékenység lép fel. A reactio: erythema, láz, subjectív jelenségek, leukocytosis, 5 héttel a sensibilizálás után még gyenge reactio kiváltható. A sensibilizáltság 6 hét múlva eltűnik. Desensibilizálás lassan emelkedő dozisokkal lehetséges. Sulfathiazollal szemben is sensibilizálható az egyén, de a reactio gyengébb és csak egyszer váltható ki. Kb. ugyanez a helyzet sulfapyrimidin és Prontosil esetében is. A túlérzékenység erősen specifikus, csak egy bizonyos sulfonamidféleségre vonatkozik. (K. 1.)

Sass-Kortsák Endre dr.

Puha hilusárnyék a gyermekkori typhus és paratyphus megbetegedésekben. Püschel. (Monatschr. Kh. 93. 1-2.) Egy gyermekkori typhus esetén, a betegség második hetében, kifejezett hilusmegnagyobbodást talált. Mivel az irodalomban erre vonatkozó adatok nincsenek, átvizsgálta a dortmundi gyermekklinika utolsó 10 évi typhus és paratyphus B-eseteit, amikor is 12 esetben talált hilusmegnagyobbodást. Tuberculin pozitív, ill. kanyarót kiállított betegeket nem sorolt be esetei közé, ezeknek száma 4 volt. Az elváltozás kórbonctanilag megfelel a tracheobronchiális mirigyek duzzanatának. (K. 4.)

Somnauer Péter dr.

Csillapíthatatlan hányás mellékvese-hyperplasia kapcsán. Muralter. (Arch. f. Kh. 130. 2.) Jól fejlett és kizárólag anyatejjel táplált csecsemő néhány nappal a szülés után hányni kezdett, ezenkívül naponta 5-6 nyálkás székletet ürített. Hányása egyre fokozódott és intenzív kezelése sem javult. Pylorus stenosis gyanúját a hiányzó peristaltica és a próbapaparatomia lelete kizárhatóvá tette. Tizenegy hónapos korában előrehaladott atrophias állapotban exitált. Sectionál mindkét mellékvese súlya a szokásos érték négyszerese volt. Megnagyobbodását kizárólag a kéregallomány hyperplasiája okozta. Szerző négy hasonló esetet talált az irodalomban. Ezek alapján bizonyítottnak látszik, hogy a mellékvese hyperplasiája és a hányás, illetve gastro-intestinalis tünetek között oki összefüggés van. (K. 2.)

Ivanics Pál dr.



## GYÓGYSZER KÜLÖNLEGESSÉGEK.



# Autocard

LIQUIDUM

Perorálisan adagolható Myokardium és cardiotrop növényi kivonatokkal tartalmazó kardiotónikum.



# Coffea

PULVIS

Physiologailag actív hatóanyagokat tartalmazó szénkészítmény. Miniszén adsorbens, antibactericus hatás, redukáló hatás, deszenibilizáló, desinficiál.



# Echinacin

INJEKCIÓ ÉS LIQUIDUM

A szervezet immunbiológiai reakciókészségét fokozó, antiphlogisticus hatással bíró növényi fehérje és lipoid készítmény.



# Hamamelon

KENŐCS

Növényi vitaminokat és sebhormonokat tartalmazó készítmény. Regeneráló, desinficiáló, adstringáló és vitalizáló.

MINTÁVAL, IRODALOMMAL KÉSZSÉGGEL SZOLGÁL.



**SZILÁGYI**  
gyógyszervegyészeti laboratórium  
BUDAPEST, II. ERŐD-U. 11.



# GRANULOCITOGEN

SPECIFICUM  
AGRANULOCYTOSISBAN

»CERTA« GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R. T. BUDAPEST

## UROLOGIA

Rovatvezető: R. Molnár Jenő és Hensz László.

**Penicillin.** A. Weinstein (Schweiz. Med. Wft. 1944. 23. fzt. 617. o.) A Penicillin (P.) — Flemming 1929 — jelenleg csupán a Penicillium notatum egyik törzsének anyagcseretermékeként nyerhető. Mennyiségileg legtökéltebben »Oxford-egységekben (E)« fejezhető ki az antibakterialis hatás. Vegyileg és szerkezetileg még nem teljesen tisztázott. *In vitro* hatásos a Gram-pos. baktériumokra, a Gram-neg. kórokozók közül a gonoc., meningo- és mikroc. catarrh-ra. Hatása nem baktericid, de nem is tisztán bakteriostatikus. A szokásos antiszeptikumokkal szemben többszörösen hatásos, a sulfonamidokat sokszorosan felülmúlja. Utóbbiak hatásterületben is elmaradnak mellette, mivel a sulfonamidresistens (s-r.) törzsekre normális hatású. A tisztított P. mellékhatásmentes, toxicitása elenyésző. I. m. adása a legcélszerűbb (éjjel-nappal!), i. v. befecskendezése a vértöménységet csak rövid időre biztosítja. Ennek állandósítása végett ajánlják a csepp-infúziót, bár a közölt thrombophlebitisek óvatosságra intenek. Helyileg porban, helyesebben kenőcs alakjában alkalmazzuk. 57%-ban a vizelettel, kisebb mértékben az enével távozik. Szerző jól áttekinthető táblázatot közöl az azon kórokozók és megbetegedések esetén követendő optimális adagolás adatairól, melyek P.-re reagálnak. *Staphyloc. bacteriaemia*nál erőteljes adagolással 60%-os eredményt értek el, míg endocarditisek nem reagáltak. *He. vi* fertőzéseknél az arányszám 80%-ra emelkedik. *Hadisebülések* szádlás után elsődlegesen varrva és P.-nel kezelve igen jó eredményt adtak. Elsősorban sulfamid-érzékeny és s-r. eseteknél célszerű alkalmazni *streptoc. haemolyt.* fertőzés alkalmával. *Anhaemolyt.* alakja viszont ellenálló (endocarditis). *Pneumoc.* fertőzés esetén (tüdőgyulladás) nem kielégítő sulfonamid hatással 100.000 E-től 2 napon belül igen jó eredményt várhatunk. *Meningoc.* ellen — érzékenyebb lévén — kisebb adagok is elégedőké lesznek.

Legfelműbbek a s-r. kankó eseteiben elért

eredmények. 97%-os gyors és teljes gyógyulás! Hasonlóan gyors és sikeres a kezelés hónapokon át fennállt és szövődményes go eseteiben. *Korai tuesnél* is meglepő gyógyulásokról számolnak be, bár itt végleges bírálatot mondani még nem lehet. *Gázúszók és amlinomycosis* eseteiben is sikerrel adható. (M. 23.)

R. Molnár Jenő dr.

**A hólyagpapillomák jó- vagy rosszindulatúságának hólyagtükrön az történő megítélése.** Wolf fromm, J. d'Urol. 1943. 7—8. sz. (A Francia Urol. Társ. üléséről).

A kórisme szempontjából figyelembe kell vennünk: 1. a cystoskópiás képet. Tömör, nagy papilloma epitheliomát utánozhat, viszont a hólyagizomzatba is terjedő daganat néha csak kevés, jóindulatúnak látszó bolyhot mutat. 2. a hüvelyen vagy végbélen át történő tapintási leletet. Csomó vagy kemény tömeg rosszindulatúság mellett szól. Megközelítő tömörséget nagy, jóindulatú papillomák ritkán mutatnak. 3. A próbakimetszés eredményét. Ha a daganat a mélybe szüremkedik és az izomzatot is elpusztítja, akkor a rosszindulatúságot illetően semmi kétség sem merül fel. A megoszlások mennyisége nem döntő jelentőségű, mert azt nehéz megmondani, hogy milyen fokú megoszlás mellett jelöljük valamely daganatot rossz- vagy jóindulatúnak. 4. A cyetographiás képet. Szabálytalan, élesszerű, állandó árnyékkiesés rosszindulatúság mellett szól.

A gyógyítás szempontjából teendőink: 1. Endoszkopos égetés, ha a daganatot egy alkalommal teljesen el tudjuk pusztítani. 2. Minden más daganat esetében felső hólyagmetszés útján kell azt kezelnünk. 3. Biztosan jóindulatú nagy daganat esetén a daganat körül a nyálkahártyát ki kell metszeni; széles tapadás esetén a seb alapját égetni kell. 4. Ha daganat rosszindulatúnak látszik, a lehetőség szerint részleges vagy teljes hólyagkiirtást kell végezni. Részleges kiirtás mellett alkalmazzunk rádiumtüzelést akkor, ha gyanús hólyagrészlet még visszamaradt. 5. Kiújulás esetében endoszkopos égetést végezzünk. 6. Nagyfokú kiújulás esetén az égetés mellett röntgenbesugárzás is végzendő. (M. 11.)

Vizkelety dr.

# CALCORISAN

calcium lacticum-, rizsnák-, dextrin-, di- és monosaccharidtartalmú csecsemőtápszer

## calciumtej készítésére

**Javallt:** hasmenésre hajlamos exsudatív csecsemőknél; angolkór és spasmophilia eseteiben; influenzás, valamint dysenterias eredetű vastagbélfolyamatoknál és parenterális dyspepsiáknál úgy lázas, mint láztalan állapotban.

Irodalommal és mintával szívesen szolgálunk.

Krompecher tápszer- és gyógyszeripari kft. Budapest, V., Nádor-u. 15.



## VEGYES HIREK

**Halálozás.** *Szlavik Ferenc*, kormányfőtanácsos, az ismert gyermekorvos 71 éves korában júl. 28-án elhunyt. Emlékét kegyeletül őrizzük. — *Hoffmann Hermann*, a pszichiatria professzora, a tübingai egyetemen 54 éves korában elhunyt.

**Személyi hírek.** *Trindelenburg Vilmos* a berlini egyetemen az élettan ny. r. tanára nyugalomba vonult. — *Wilmaack Karl*, az orr-gege-és-fülészeti rendes tanára a hamburgi egyetemen nyugalomba vonult. — *Nordmeyer Kurt*ot, a szülészet és nőgyógy. magántanárát, rendes professzorrá nevezték ki a göttingai egyetemen. — *Siemens Vilmos*ot, a sebészet magánanárát, rendes professzorrá nevezték ki Halleban.

A budapesti II. sz. női klinika orvosai *Burger* professzorral az éleükön egy 315 oldalas *önálló különyt* adták közre dolgozataikat, melyek számos jól készült, meggyeszt szövegtani ábrával vannak tarkítva. A kötet összeállításában tizenhatan vettek részt 39 dolgozattal a szülészet és nőgyógyászat legaktuálisabb és az érdeklődés központjában álló témái fölött. Látva ezt az értékes tudományos és klinikai munkásságot, melynek irodalmi megrögzítése és közkinccsé tételére szolgál ez a pompás különyt, mélyen fájjaljuk, tudományos sajtóorgániumaink befogadóképességének elégtelenségét, ami a különytnek szülői oka. Mert bármily áldozatkészséggel hozzájuk is azokat létre, a jövőben irodalomkutatónak számára nem fogják ezt a munkásságot úgy megőrizni és hozzáférhetővé tenni, mint ha egyik vagy másik folyóiratunkban látott volna napvilágot. Az egész dologban csak az a szomorúan örövendetes, hogy a papírhány szülte kényszerintézkedések tudják ugyan korlátozni folyóirataink terjedelmét, de nem a tudományos munkásságot, mit lelkes kutatóink végeznek.

**Helyreigazítás.** Az Orvosi Hetilap 23. sz.-ban »Orvoshiány és szolgálat című cikkemmel kapcsolatban illetékes helyről nyert tájékoztatás alapján elismerem, hogy a vármegei szabályrendeletekben megállapított orvosi rendelési és látogatási díjak már nincsenek érvényben. Mert ezeket az 1942. XII. tc. életbeléptetése óta a belügyminiszter állapítja meg, még pedig az orvoskamara díjszabás legkisebb mértékében. Ez a rendelkezés a kérdést országsszerű egységesen és az orvosi rendre

kedvezően szabályozta. (Máslapra tartozik ezen díjak jelenlegi vásárló ereje.) Pótlólag megemlítem, hogy ugyancsak hiteles helyről származó értesülés szerint az orvoshiány lényeges oka az, hogy újra sorozták a katonai szolgálathoz alkalmatlanokat, valamint azokat, akiket annak idején a trianoni határozmányok értelmében nem sorozhattak. Ezek közül sok orvost behívtak, amivel az egészségügyi főhatóságok előre nem számolhattak.

*Zempényi Imre* bányafőorvos, eü. tanácsos.

**Betöltendő orvosi állások.** A Szfv. közkörházában 6 alorvosi, 15 segédorvosi, továbbá az esetleges előléptetés folytán további segédorvosi állások. — Pályázati határidő aug. 19.

**A frontátvonulások áttekintése 1944 április második feléről.** Az április 16—április 30. közti időszak folyamán 34 betörési és csak egyetlen felsiklani front érkezett. Az időszak ezáltal kitűnő alkalmat nyújt a kétféle front hatás szabatos megkülönböztetésére. A betörési frontok fejlettségi eloszlása nagyjában normalis volt: 4 esik az erős, 16 a mérsékelt és 14 a gyenge fejlettségű frontok csoportjába. Az időszak egyetlen felsiklási frontja erős fejlettségű volt.

A budapesti frontátvonulások részletes történetéből kiemelkedik az erős fejlettségű felsiklási front átvonulása április 21-én délután 12 órakor; továbbá a 4 erős betörési front: április 22-én hajnali 3 és este 22 órakor, 25-én délután 17 órakor és 29-én 18 órakor. Az időadatok nyári időszámításban értendők.

*Aujesky dr.*

**FELELŐS KIADÓ: VAMOSSY ZOLTAN**

A szerkesztő kedden és pénteken  
12 és 1 óra között fogad.

**METALIX RÖNTGEN**

**RÉSZVÉNYTÁRSASÁG**

**BUDAPEST, IV., MÚZEUM-KORÚT 37**

**TEL. 182-680, 383-135.**

**CONTRATUSSIN SYRUP:**

*Bronchitis — tracheitis — pertussis*

**FŐRAKTÁR: Dr. BAYER ANTAL GYÓGYSZERTÁRA BUDAPEST, VI., ANDRÁSSY-ÚT 84**

**LAXOPTIN** Ideális, enyhe hatású hashajtó. Éveken át jó eredménnyel szedhető

Likus propagandával nem vezetjük a közönséget öngyógyításra

„NAGY KRISTÓF” gyógyszerár, IV., Váci-utca 1

*Lambliasis (giardiasis) esetén*

**ACRANIL**

Magyar Pharma Gyógyszer Rt.  
BUDAPEST



»Bayer«  
Leverkusen

*biztosan ható chemotherapeuticum*



# ORVOSI HETILAP

MEGJELNIK MINDEN HÉTEN

Szerkesztőség és kiadóhivatal: VIII., Üllői-út 26., IV. em. — Telefon: 345-113. — Hirdetések felvétele a kiadóhivatalban.  
Előfizetések beküldhetők: 22.968. sz. csekk számlánkon. — Romániában: Borsos Béla dr. Arad, Str. Gen. Grigorescu 5. 1500 L. —  
Slovákiában: Eleőd Solt. Handels-ú. Kredit-B. Bratislava, 300 Sk. — Előfizetési díj: az »Orvosi Hetilap« és »Orvostudományi közlemények«-re együttesen egész évre 44 P, félévre 22 P, negyedévre 11 P, egyes szám ára 1 P. Külföldre 54 P

## TARTALOM:

Szabó Béla: Hareteri sérülések okozta nyílt légmell. (409—410. oldal.)

Nemeckay Tivadar: Az interstitialis terhesség. (410—413. oldal.)

Óváry Zoltán: A C-vitamin a syphilis gyógyításában bismuthtal és neosalvarsannal. (413—415. oldal.)

Hady Antal: Vasoneurosis specialis. (415—417. old.)

ifj. Hüttl Tivadar: A Spiegel-féle sérv. (417—418. old.)

Irodalmi szemle: (419—421. oldal.)

Lapszemle: — Vegyes hírek: (422. oldal.)



## Vérkeringési stimuláns és analeptikum

fokozott központi és erőteljes perifériás hatással.

**Vérkeringési gyengeségben,** fertőző betegségek, intoxikációk, műtétek előtt és után, kimerültség, lábadozáskor, röntgenrosszullét esetén.

**Kollapszusnál,** narkózis alatti események, mérgezések, érbénulások, asphyxiák esetén.

Liquidum ered. csom. 10 g.-mal

Tabletta ered. csom. 10 drb.-bal

Ampullák ered. csom. 5 drb.-bal à 1,1 ccm.

KNOLL A.-G

Chemische Fabriken

Ludwigshafen am Rhein

Képviselő: Wack Keresztély, Budapest, IX., Hőgyes Endre-utca 4.



# ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC, V. BERDE KÁROLY, GORKA SÁNDOR, HÜTTL TIVADAR, BALÓ JÓZSEF,  
VÁMOSSY ZOLTÁN, MÉHES GYULA, REUTER KAMILLÓ, JENEY ENDRE, VIDA KOVITS KAMILLÓ.  
FELELŐS SZERK.: VÁMOSSY ZOLTÁN. Fogad kedden és pénteken 12—1. SZERK.: FRITZ ERNŐ.

A m. kir. 107. egészségügyi oszlop közleménye.  
(Parancsnok: Szecei Pál orvos-örnagya.)

## Harcéri sérülések okozta nyílt légmell.

Irta: Szabó Béla o. fhdgy. (a szilágysomlyói áll. kórház sebészfőorvosa.)

A harcéri sérülések igen változatos kórformái között vannak olyanok, melyeknek sebészi ellátása és az ezt követő utókezelés, tapasztalatokon alapuló megoldást és fokozott körültekintést igényel. Ezek közé tartozik a nyílt légmell is.

Eü. oszlopunk hosszabb időn át, állandó jellegű kórházi működést fejtett ki és minden tekintetben kifogástalan felszereléssel ellátva, 700 ágygal rendelkezett. A beteganyag 90%-a német volt, a 300—350-es csoportokban érkező szállítmányok, közvetlenül az első vonalból kerültek intézetünkbe, így kezelési eljárásunkat már kezdetben alkalmazhattuk és ennek eredményét hosszabb-rövidebb ideig figyelemmel kísérhettük. Beteganyagunkból 53 volt a nyílt légmellel szövődött esetek száma, mely úgy gondolom, elegendő ahhoz, hogy néhány szempontból útmutatóul és tanulságul szolgáljon. Hangsúlyoznom kell, azt a sokak által állított és megfellebbezhetetlen tényt, hogy a sebesültek sorsa életbenmaradás szempontjából nem egyszer, gyógyeredmény tekintetében pedig mindig az egészségügyi oszlop nyújtotta első sebészi ellátástól függ.

Amilyen horderejű jelentőséggel bír csonttöréseknél ez a szó, hogy »nyílt«, éppen olyan sorsdöntő körülmény ez légmell esetében is. A nyílt légmellel szövődött mellkasi sérülések felismerése semmi nehézséget sem okozhat. A nagyfokú elesettség, shock, keringési zavarok szembetűnő jelei a bőrön és látható nyákhártyákon, megváltozott légzés-típus, jellegzetes szív-működés, esetleg már lázas állapot, mind olyan tünetek, melyek már a sérülés helyének tüzetes megvizsgálása előtt arra engednek következtetni, hogy a mellkas súlyosabb, szövődőményes bántalmazásával van dolgunk, a sérülés helyének észlelése pedig kétséget kizáróan igazolja előzetes feltevésünket.

Tudjuk jól, hogy a mellkasi sérültek legelső gyógyszere a nyugalom. Az időelőtti szállítás szemben, történjen az vonaton, gépkoc-

sin, szekéren vagy légi-úton, igen érzékeny. A sérülés első órájában elsősegélyben részesített és még shockban lévő betegek, éppen akkor voltak a szállítás káros hatásának kitéve, amikor a legszigorúbb nyugalom lett volna kívánatos. Voltak olyan mellkassérültek, akik első kötéssel ellátva, négy-öt napig utaztak, vesztegeltek, míg eljutottak intézetünkbe, mert a hadihelyzet más megoldást nem tett lehetővé. Ezek után elképzelhetjük, milyen állapotban kerültek a sebész kezébe. Az ily sérüléssel és állapotban beérkező betegeknek első dolgunk volt, hogy ezeket különálló, csendes kórtermekben helyeztük el, hogy így, még a kórházi zajból is kikapcsolva, nyugalomukat lehetőleg biztosítsuk. A kimerült, elalélt szervezet szív-működést erősítő és fertőzést leküzdő gyógyszerekkel (dextrose, adigan, sympathol, codein, ultraseptyl) igyekeztünk a shock állapotából kiemelni. Vértömlesztést minden esetben végeztünk, amit a gyógykezelés folyamán kisebb adagokban többször megismételtünk.

Harcéri sebeket varrni műhiba. Ezek alól kivételt képeznek a mellkas, ízület, szem, agy, arc és gerincsérülések (Sereghy). Természetesen ezeknek a kivételes eseteknek is megvan a maga időbeli határa, melyen belül még reményünk lehet elérni azt a célt, aminek érdekében annyit kockáztatunk és a harcéri sérülésekkel szemben felállított elvünket kivételesen feladjuk. Tehát a nyílt légmellel szövődött mellkasi sebeket varrni kell, emellett legmentesen zárni, azzal a szigorítással, hogy kivétel nélkül és minél előbb. A külvilággal közlekedő nyílás nagysága a be- vagy áthatoló tárgytól függően igen különböző. A legsúlyosabb sérüléseket, mindig az alaktalan, nagyobb repeszdarabok okozzák. A szabad levegővel közlekedő nyílást a legrövidebb időn belül rétegesen elvarrtuk, bár ez sok esetben a kiterjedtebb anyaghiány miatt nagy nehézségekbe ütközött és szem előtt tartottuk, hogy a varratok feszülés alatt ne álljanak, miután tudjuk azt, hogy az így behelyezett varratoktól — különösen fertőzött sérülések esetében — mit várhatunk. Poralakú sulfamid készítménynek nyílt légmell sebébe szórását csak ellenezni tudom, mert 1. sterilitás szempontjából kifogás alá esik (Kohlmayer), 2. mint közti réteg szerepel, ami a gyors összehajadás szempontjából éppenséggel nem előnyös,



különösen, ha figyelembe vesszük a gyakran észlelt elhúzódó felszívódási viszonyokat, ami hatás szempontjából ugyan előnyösebbnek látszik, az összetapadásra azonban hátrányos. Ez esetben pedig éppen ez a két követelmény az, melyre mindenáron törekednünk kell, hogy lehetőség szerint minden feltételt megteremtünk a gyors záródás érdekében. Ezért a sebeket ampullázott sulfamid készítményekkel öblítettük át, ezenkívül belsőleg vagy érbe adagoltuk, de elsősorban a seb alapos megtisztítására fektetük a főszólyt. A sűrűn varrt műtéli sebet azután légmentes kötással láttuk el. Erre Billroth vásznát, celofánt, ragtapaszt és collodiumba áztatott gaze-lapot alkalmaztunk, melyek közül ez utóbbi volt a legmegbízhatóbb, de legtöbbször kombináltuk eljárásainkat, hogy a légmentes zárás biztosabb legyen. Amennyiben sebellenőrzéskor szükséges volt, a helyenkint szétvált sebszéleket újból egyesítettük.

A szabad folyadék mennyiségétől függően, szűrcsapolás útján 200–250 cm<sup>3</sup>-t bocsájtottunk le, de sohasem többet. A lebocsájtást mindig a seb végleges ellátása után végeztük, hogy a le szívott vér helyébe betóduló levegőmennyiségnek előre útját álljuk. E két beavatkozás: a sérülés légmentes zárása és folyadék lebocsájtás, fordulatot jelentett a beteg számára. Aggregátorral ellátott jótéjesítményű tábori Rtg. készülékünk segítségével tájékozódunk a szabad folyadék és levegő mennyiség helyzetéről, valamint a sérült oldali tüdő állapotáról. Itt említem meg, hogy hordozható Siemens golyóval is rendelkezünk, így nemcsak a húzás alatt álló esontöréseket tudtuk a betegágyon átvilágítani, hanem a mellkassérültek ellenőrzését is itt végeztük el, ezáltal mentesíteni lehetett betegeinket az átvilágító helyiségbe szállítás fáradalmaitól is. Ha a lebocsájtott vér bomlott, fertőzött volt, mely alól alig volt kivétel és később a legtöbb fertőződött, a bordaacsonkolást a szokásos helyen egy-két nap múlva végeztük el. Kevésbé fertőződött és magasabb hőemelkedéssel nem járó néhány ujjnyi vérgyülem esetében, csak szükség szerinti szűrcsapolásokat végeztünk. A hőmérsék viselkedése, hű kifejezője volt a jelen állapotnak, a továbbiakban pedig előre vetette árnyékát a várható kórlefolyásnak. Az egy-két napi várakozás elegendő idő volt arra, hogy a beteg testileg-lelkileg magához térve megterhelés nélkül viselhesse el a műtéli beavatkozást. Bordaresectióval egybekötött thoracotomiánál, mivel a folyadékgyülem légmentes levezetése nem kevésbé fontosabb, mint a sérülésből eredő mellüri nyílás zárása, — Bülauféle szívó szádlást alkalmaztunk, melyet hátraszállítás esetén, amennyiben még szükséges volt, a kórházvonal ágyára is felszereltük s így engedték a betegeket, gyakran napokig tartó útjukra. Mögöttes országi intézetekbe azonban csak akkor szállítottuk őket, ha állapotuk annyira javult, hogy az utazás okozta káros következményektől nem kellett tartanunk, vagy más kényszerítő körülmények nem

tették szükségessé. Az elhamarkodott vagy kényszerítő időelőtti szállítások, szomorú tapasztalatokat nyújtottak s az így elvesztett betegek egyrésze, ennek a megfontolatlan lépésnek, illetve áldatlan állapotnak rovására volt írható, melyről többen is beszámoltak.

A betegek 2–6 hétig állottak gyógykezelésünk alatt és közülük csak egyet veszítettünk el, akin már felvételkor gázoedémát észleltünk és hiába követtünk el minden tőlünk telhetőt. Utókezelésben, az empyemáknál szokásos irányelveket tartottuk szem előtt, fokozottan ügyelve arra, hogy levegő sem a sérülés helyén, sem pedig a szívó szádláson át ne juthasson be. Idejében bevezettük a fúvó gyakorlatokat, hogy az egyébként várható utókövetkezményeket megelőzzük, vagy legalább is a lehető legkisebb fokra csökkentjük. Ennek elmulasztása, vagy késedelmissége olyan következményekkel járhat, melyeken segíteni esetleg már nem is tudunk, azonkívül számolnunk kell azzal a veszteséggel is, mely a beteget munkaképességének visszanyerésében érinti.

Eljárásunkat a következőkben foglalom össze: 1. a seb alapos kitisztítása és folyékony sulfamid készítménnyel átöblítése után a nyílást minél előbb zárjuk és légmentes kötással lássuk el; 2. sebellátás után szűrcsapolás útján bocsássuk le a vérgyülem egy részét; 3. a thoracotomiát, ha szükségessé válik, egy-két nap múlva végezzük el és Bülauféle szívószádlást alkalmazunk, 4. kezelés folyamán legyünk tekintettel az utókövetkezmények megelőzésére és végül, 5. tovaszállítás tekintetében a legmesszebbmenő óvatossággal járjunk el.

A szegedi Szülészeti és Nőgyógyászati klinika közleménye. (Igazgató: Batizfalvy János ny. r. tanár.)

### Az interstitialis terhesség.

Irta: *Nemcskay Tivadar dr.* adjunctus

Az interstitialis terhesség gyakorisága az összes méhen kívüli terhességek 1%-ra tehető. Klinikánk 15 éves anyagában 375 méhen kívüli terhesség közül 2 interstitialis terhesség fordult elő (0.5%). Ott 35 évi anyagában egyet sem talált. *Naujoks* szerint méhen kívüli terhesség esetén a belső vérzés annál nagyobb, minél közelebb tapad a pete a méhhez. Ez az oka annak, hogy interstitialis terhességgel kapcsolatban olyan nagyfokú a belső vérzés, hogy sokszor a leggyorsabb beavatkozás sem menti meg a beteg életét. *Batizfalvy-nak* »A méhen kívüli terhesség nem operált halálos esetei«-ről írt munkájában találunk erre vonatkozó több példát.

A *klinikai kórismének* számos tünetét írták le, amelyek azonban még mindig nem elegendők ahhoz, hogy a helyes kórismét idejében fel tudjuk állítani. Fiatal alakjainál a repedés következtében létrejövő nagyfokú belső



vérzés azonnal felderíti a méhenkívüli terhesség kórisméjét. Idősebb alakjainál a helyes kórisme felállítása a tünetek bizonytalansága folytán oly nehézségbe ütközik, hogy felismerése alig lehetséges. Myomával, a petefészkek tömlős daganataival, vagy mellékszárnyban fejlődő terhességgel szokták összetéveszteni. A világirodalomban csak néhány eset ismeretes (*Berecz, Bufe, Blagodarow, Hasselblatt, Kepp, Végh*), ahol már a has megnyitása előtt gondoltak interstitialis terhességre. *Kepp* esetében csak úgy tudták a kórismét felállítani, hogy az előzőleg megejtett méhüri vizsgálatkor a méhet üresnek találták. Így a terhesség tünetei mellett a méh testén tapintott Piskaček-jelhez hasonló széles, puha kiboltosodás nem lehetett más csak interstitialis terhesség. Jellemző a kórisme felállításának nehézségeire, hogy *Kepp, Gelderen*, betegeiket vakbélgyulladás kórisméjével a sebészetre küldték műtétre. *Tasch* myoma kórisméjével hüvelyi méhkiirtást végzett. *Lapeyre* a Piskaček-jelhez hasonló, a méhhez szélesen összefüggő petezsák puhaságára és feltűnően szokatlan érzékenységére hívja fel a figyelmet. Szerinte, ha ez a resistantia contractilis, akkor a pete a méhürben, esetleg mellékszárnyban foglal helyet, ha nem contractilis, akkor interstitialis terhességről van szó. Véleményünk szerint az interstitialis terhesség kifejezett Piskaček-jelhez, diverticulum terhességhez és a terhes méh falában keletkező tasakban fejlődő terhességhez (*Batizfalvy*) hasonló képet adhat s ezeknek elkülönítését ilyen alapon nem tartjuk lehetségesnek. *Dražančić* szerint a széles alapon ülő tumor (interstitialis terhesség) a méhtől függetlenül szabadon mozgatható. Ez a jel a terhesség 3. hónapjától jelenne meg. Azonban ez a tünet is bizonytalan, mert el sem képzelhető, hogy a méh falában szélesen ülő tumor a méhhez szemben jól eltávolítható legyen. *Schroderus* akkor látja a kórismét megerősítettnek, ha a méhhez szélesen összefüggő tumor consistentiája és a méh consistentiája tapintás útján tökéletesen elkülöníthető. Lényeges feltétel, hogy a puhább tapintatú tumor rendkívül fájdalmas. Míg a subserosus myoma góc, ha tapintásra fájdalmas is, sokkal tömöttebb és ez a jel szerinte az elkülönítő kórisme szempontjából felhasználható. Mindezek a jelek azonban oly bizonytalanok — különösen akkor, ha a pete vérmolává alakult át, — hogy a legtöbb esetben, — mint az irodalmi adatok is mutatják — a helyes kórisme csak a repedés után vagy a műtőasztalon állítható fel.

Az anatómiai kórismének még szabadszemmel való felismerése is nehézségekkel járhat. Ugyanis összetéveszthető tubacsonk, isthmicus vagy mellékszárny terhességgel. Melyek azok a jelek, melyek alapján interstitialis terhességről beszélhetünk? Ilyenek a petezsáknak a méh testével való széles összefüggése (*Baart de la Faille*), a ligamentum rotundumnak a tumor előtt vagy laterálisan tapadása (*Kuss-*

*maul*), a méh fundusának ferde, sőt függőleges irányú lefutása (*Ruge-Simon*). *Rosenthal* szerint a tuba a petezsák alatt foglal helyet. *Werth* arra mutatott rá, hogy a lig. rot., a lig. ov. propr. és a kürt tapadási helye egymástól eltolódott. A fenti tünetek *Glaesmer* szerint attól is függnék, hogy a pete milyen irányban fejlődik. Ugyanis a lig. rot. pld. csak akkor fekszik oldalt, ha a pete a méhfenék irányába növekszik. Ha azonban fejlődési iránya a méh oldala, vagy az isthmusos rész, akkor tapadási helye egészen medialis lehet. Tehát az interstitialis terhesség kórisméjének felállításakor nem feltétlen követelmény az, hogy a lig. rot. tapadása, — mint *Kussmaul* állítja — oldalt feküdjék. Ugyanígy hiányozhat a *Ruge-Simon*-féle tünet is, ha a pete a méh oldalfala felé növekszik.

*Glaesmer* a pete fejlődésének iránya szerint az interstitialis terhesség 3 típusát különbözteti meg. Szerinte fejlődhet a fundus irányába (I. típus), a méh oldala felé (II. típus), vagy a kürt irányába (III. típus). Az eseteknek ilyen értelmű éles beosztása nem mindig lehetséges.

Mindezek a szabadszemmel látható anatómiai jelek teljesen bizonytalanok, egyszer megvannak, máskor hiányozhatnak. Sokkal világosabb és egyszerűbb a szövettani kórisme: *Poppel* szerint az interstitialis terhességre bizonyító a decidua teljes hiánya, vagy csak egész kivételesen és kis fokban való jelenléte akkor, ha véletlenül a pete beágyazódás területében endometriosis vagy adenomyosis folytán heterotop nyálkahártyarészlet található.

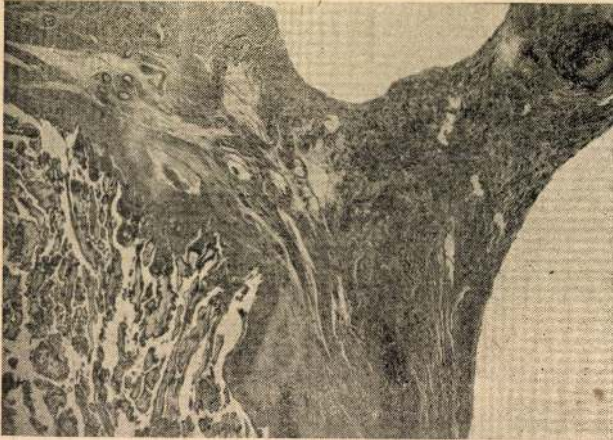
Az interstitialis terhesség az esetek túlnyomó többségében megreped, gyakran elhal, sőt el is gennyedhet. Kivételesen áttörhet a méhürbe s mint vetélés oldódik meg a kérdés (*Skutsch*). Leírtak kiviselt interstitialis terhességet is. *Maschka* esetében repedés után a méhlepény a hasüregbe került, míg a magzat a hüvely felől távozott.

Legutóbbi időben mi is két interstitialis terhességet észleltünk, melyeket egyrészt érdekességüknél fogva, másrészt az interstitialis terhesség megoldatlan problémája s a kórisme felállításának nehézségeire tekintettel közzlésre érdemesnek tartunk.

Az első *B. I.*-né 36 é. III. Gr., kinek a hávi-vérzése nem maradt ki, s a beszállítás napján hirtelen lett rosszul. A beteget a heveny méhenkívüli terhesség tüneteivel, erősen kivértett állapotban, vérnyomás nélkül, alig tapintható pulussal operáljuk. A hasban 500 cm<sup>3</sup> híg vér. A méhen a bal tubasaroknak megfelelően kis diónyi elődomborodás látható, mely széles alappal fekszik a méh testén és folytatódik abba. Tetején lencsényi nyíláson át kis véralvadék türemkedik elő. A méhkürt egész lefutásában ép s hasüri vége nyitott. A méh sarkát a tuba kis részletével együtt ékalakban kimetszük, s mivel a méhür nem nyílt meg, ágyát ellátva peritonisáljuk. 500 cm<sup>3</sup> vér direkt transfúziója után (*Beck*-féle készülékkel) a beteg állapota gyorsan javul s a 14. napon gyógyultan távozik a klinikáról.



A műtési készítmény kórbonctani leírása: diónyi méhsarki részlet, belőle ered elől kisebb rotundumesonk és tőle távolabb alul és hátul 3 cm-es vékony tuba-részlet. Az interstitialis tuba-részlet helyén legnagyobb részt jól festődő chorion bolyhok láthatók. A bolyhok körül decidua képződés nincs, több helyen azonban kereksejtes beszűrődés látszik. A chorion bolyhok és az izomzat között néhol vérzés található (1. kép).



1. ábra. Első hónapos interstitialis terhesség. A jobb-  
oldali tuba interstitialis részében a chorion-bolyhok de-  
cidua nélkül nyomulnak be az izomzatba.

Esetünkben egész fiatal interstitialis terhességről van szó, amely a kisebb ellenállású tuba felé fejlődött (Glaesmer-féle 3. típus), majd rövidesen megrepedt és súlyos anaemiát okozott.

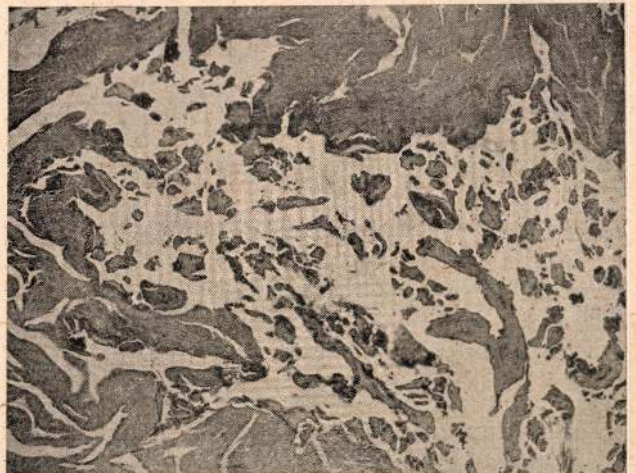
Sokkal nehezebb a helyzet, s szinte lehetetlen a helyes kórisme felállítása az interstitialis terhesség idősebb korában:

37 é. III. Gr. asszonyt szállítanak be a mentők terhességének 5. hónapjában. Terhessége eddig zavartalanul folyt le, időnként jelentkeztek ugyan bizonytalan alhasi fájdalmak, azonban mint dohánygyári munkásnő, munkáját zavartalanul ellátta. Beszállítása napján munkaközben hirtelen rosszul lett, elszédült, hasi göresök léptek fel, epés folyadékot hányt, hasa megpuffadt. Állapota azonban rövidesen javult, görcsei csökkenek. Mivel évek óta epekövei miatt kezelés alatt állt, e göresöket is eperohamnak gondolta. A déli órákban azonban újabb hasi göresök jelentkeztek, elszédült. A mentőket hívták, akik klinikánkra szállítják. A beérkezés alkalmával a beteg már újra jobban érezte magát: pulsus 100 jó minőségű, RR: 100/60 Hg. m/m, Vvt: 3.400.000, Fvs: 10.000, Hgb: 50%, Fi: 0,8, Vizelet: Ø. Has kissé meteoristikus, diffuse érzékeny. A göresös fájdalmakat a beteg pontosan lokalizálni nem tudja, inkább az epehólyag táján jelzett erősebb fájdalmat. Bimanualis vizsgálat alkalmával 4–5 hónapos nagyságú, jól körülírt, mozgatható méhet tapintunk. A nagyfokú érzékenység azonban a pontos vizsgálatot megnehezíti. Az adnexumokban, Douglasban resistentiát tapintani nem lehet. A hasban kimutatható hasüri folyadék nincs. Livid portio, világos folyás. Felvétel alkalmával a hasi fájdalmak okát pontosan tisztázni nem lehet. Mivel a beteg állapotát azonnali műtési beavatkozást nem igényel, várunk. Az esti órákban

erősebb formában újabb hasi göresök jelentkeznek. Vvt: 2.160.000, Fvs: 14.000, RR: 90/60 Hg m/m. Nyelve kissé száraz és hány. Tapintásra az egész has diffuse érzékeny. A fájdalom punctum maximuma ezuttal a köldök magasságában inkább jobboldalon kifejezett. Szabad hasüri folyadékot kimutatni most sem lehet. Belső vizsgálati lelet ugyanaz, mint első alkalommal. Vérzés kifelé nincs.

A hasüri katasztrófa tünetei alapján két dologra gondolunk: appendicitisre, vagy méhenküli terhességre, mely utóbbinak első tünete szokatlanul csak az 5. hónapban jelentkezett. A kérdés tisztázására hasmetszést végzünk. A hasüregben szétkenődve kevés vért találunk. A 4–5 hónapos terhes méh fundusát jobboldalon kis almányi vérárvadék borítja. Eltávolítva, alatta a méh serosáján és izomfalán kb. pengősnnyi papírvékony szélű, usurált terület látható, melyen keresztül ép peteburkokban és tiszta magzatvízben úszó élő magzat látszik. A belső nemzőszervek feltárása alkalmával kiderül, hogy a jókora férfi ökölnyi pete a méh izomfalában, a jobboldali ép tubától medialisan és a kissé távolabb fekvő jobboldali rotundum fölött foglal helyet. A jobboldali tuba egész hosszában, valamint a jobboldali petefészek szabad. Ugyiszintén épek és szabadok a baloldali méhfüggelékek is, Douglas üres. Tehát 4–5 hónapos jobboldali interstitialis terhességről van szó. A pete még teljes egészében a méh izomzatában foglal helyet, tokja (a méh izomzata és serosaja) most kezdett megrepedni. Mivel a pete a méh izomzatának nagy részét elroncsolta, konzervatív műtétről szó sem lehet, ezért a méhet csonkoljuk. A méh kiemelése közben a kétpengősnyi, papírvékony szélű usuratio nyílás tovább reped és a magzat a burokkal együtt kilökődik. A magzatnak még szív-működése volt. Az ép méhfüggelékek visszahagyása mellett végeztük el a méh csonkolását. A beteg 13. napon távozott a klinikánkról.

A műtési készítmény kórbonctani leírása: supravaginalisan amputált 4–5 hónapos terhes méh. Fundusának izomfalában jobboldalt a megrepedt petezsák, amely Piskarek-jelhez hasonlóan erősen kiboltosodik. Kifejezett Ruge-Simos-féle jel, vagyis a méh fundusa erősen ferde lefutású. A lepény még az izomfalon tapad s a köldökzsinórral összefügg a 22 cm. hosz-



2. ábra. V. hónapos interstitialis terhesség. Részlet a méhfenék jobb feléből. A magzatbolyhok decidua-képződés nélkül mélyen benyomulnak a méh izomzatába.



szú 300 gr. súlyú fiúmagzat. A petezsáktól laterálisan és alatta látszik az ép tuba és rotundum-csonk, melyek egymástól 3 cm-re eltolódtak. A készítményt felvágva látszik, hogy a kb. másfél öklömnyi pete teljesen a pars interstitialisban fejlődött. A peteür a méh üregével, — amelyet tetemes vastagságú decidua bélelt ki — nem közlekedik (kifelé vérzés nem is jelentkezett). A pete tehát a hasüreg felé fejlődött (Glaesmer féle 1. típus).

**Szöveti vizsgálatra** a petezsák falából vágunk ki darabokat. A készítményekből megállapítható (2. kép), hogy a legnagyobb részben jó magfestést adó bolyhok az izomrostok között foglalnak helyet és decidua képződés legfeljebb az erek mentén található. Sok helyen a bolyhok syncytialis elemei még a legnagyobb erekben is fellelhetők. Igen erős ezenkívül a syncytialis sejt infiltratio, amely a petezsák falától távol is fellelhetők. Igen erős ezenkívül a syncytialis vándorsejt infiltratio, amely a petezsák falától távol is megtalálható. A petezsák környékén ezenkívül előfordulnak bevérzések, elhalások és kereksejtes gócek is, amelyeket legkifejezettebben a petezsák megrepedés helyének környékén lehet észrevenni.

Az **aetiológiai** tényezők között általában első helyen kell említeni a gyulladás következtében a transport systemában létrejött elváltozásokat, a tuba izomzatának működés-csökkenését, a csillómozgás bénulását, az intramuralis tubarészlet erős megtörését, adenomyosist, a méh sarkában ülő myomát, izolált kis cystákat, abscessusokat, salpingitis isthmica nodosat, diverticulomokat. Ritkább aetiológiai tényező az előzőleg történt kürt-kiirtás után az intersitiális tuba-részletekben fellépő terhesség (*Batizfalvy, Hasselblatt, Naujoks, Végh*).

Az interstitialis terhesség az esetek túlnyomó többségében (kb. 90%-ban) a 2.—3. hónapban megreped, ritkábban a későbbi hónapokban, amikor rendszerint téves kórismével kerül műtetre a beteg. A repedés ideje attól függ, hogy a pete milyen irányban fejlődik. Legkorábban jelentkezik a repedés, ha a pete a tuba isthmicus részének közelében ágyazódott be és abban az irányban is fejlődik, mivel itt legvékonyabb a méh fala. Erre példa az 1. esetünk. Ha azonban a pete a méh fundusa, vagy oldal-fala felé növekszik, a terhesség hosszabb ideig zavartalan maradhat. (2. esetünk), sőt kivételes körülmények között ilyenkor fejlődhet ki a tuboabdominalis, tubouterinalis vagy másodlagos hasüri terhesség.

**Therapia** attól függ, milyen mértékben vesz részt a méh izomzata a peteágy képzésében. Ha egész fiatal terhességről van szó, a méh megtartható, elegendő az interstitialis részlet kimetszése. Ha azonban — mint 2. esetünkben — a méh-fal nagyrésze tönkrement, kénytelenek vagyunk a méhet csonkolni.

**Összefoglalva:** egymásután észlelt két interstitialis terhesség közül elsőben a hirtelen fellépő belső vérzés rögtön nyilvánvalóvá tette

a beavatkozás szükségességét. Második esetünkben azonban az asszony 5 hónapon át teljesen panaszmentes volt, amikor hirtelen fellépő bizonytalan hasi panaszokból és vizsgálati leletből a helyes kórisme felállítása bizonytalan volt s csak a hasüri katasztrófa fokozódó tünetei tették szükségessé a kórismét tisztázó hasmetszés elvégzését. Az interstitialis terhesség igen változatos alakban és formában jelentkezhet. Dacára annak, hogy az irodalomban ismertetett esetek száma mind nagyobb és a méhen kívüli terhesség azelőtt kivételes ritkaságnak minősített ezen formájára vonatkozó tapasztalataink nagymértékben gazdagodtak, mégis a kórkép klinikai és kórtani változatossága, a bizonytalan tünetek még a nagy gyakorlattal rendelkező klinikust is nehéz kérdés elé állítják.

## A C-vitamin a syphilis gyógyításában bismuthtal és neosalvarsannal.

Irtó: Óváry Zoltán dr.

Köztudomású, hogy az arsenbenzol-készítmények a legerélyesebb szereink a syphilis gyógyításában. Sajnos, sok esetben a betegek rosszul tűrik, úgy, hogy emiatt nem is adhatjuk őket, ezenkívül pedig könnyebb-súlyosabb szövödményt is okozhatnak. E miatt sok kísérlet történt, hogy az arsenobenzolt elviselhetőbbé tegyék és a szövödményeket megelőzzék. Calcium, thiosulfát, glucose és sok más anyag összekeverésével kísérleteztek s a C-vitamin felfedezése óta többen próbálkoztak ezzel is és különböző eredményekről számoltak be.

Ezzel kapcsolatban azonban egy másik kérdés is felmerült, hogy nem csökkenti-e a C-vitamin az arsenobenzol gyógyító hatását?

Természetesen a klinikai kísérleteket laboratóriumi kísérletek kell, hogy megelőzzék.

Ha neosalvarsan-oldatot levegőn állni hagyunk, hamarosan (30—60 perc múlva) megbarnul, oxydálódik és mérgező hatása is nagyon nő, amint ezt már sokan megállapították. Annál hamarabb bomlik el, minél nagyobb felületen érintkezik a levegővel és minél telítettebb az oldat. Ez a bomlás csak napok múlva következik be, ha oldatához ascorbinsavat adunk és *Dainow* szerint a mérgező hatása egérre az ascorbinsavval kevert neosalvarsannak még 4—5 órai állás után is kisebb, mint a neosalvarsan friss, de ascorbinsavmentes oldatának. Az ascorbinsav tehát a neosalvarsan mérgező hatását mérsékeli, amiben valamennyi szerző megegyezik. *Welcker* hívta fel a figyelmet arra, hogy az arsenobenzol-származékok nem viselkednek egyöntetűen C-vitamin hozzáadására; némelyik hamarabb elbomlik, másik éppen fordítva, hosszabb életű lesz. A neosalvarsan ez utóbbiak közé tartozik. A mérgezést gátló hatás *Takahashi* és munkatársai szerint is függ az arsenobenzol-származéktól és a hozzáadott ascorbinsav mennyi-



ségétől; szerintük 5 ctg-on felüli mennyiség kell ahhoz, hogy az arsenobenzol toxicitását kisebbítse. Erre majd később visszatérek.

A legtöbb szerző együtt adja a C-vitamint az arsenobenzollal, *Takahashi* és *Shinkichi* jobb eredményt tudnak elérni, ha 30 perccel előbb adják a C-vitamint, mintha együtt adnák az arsenobenzollal.

Az ascorbinsav mérgezést gátló hatását *Montesano* abban látja, hogy az adrenalin a szervezetben hosszasan megmarad C-vitamin hatására. *Vauthey* a C-vitaminnak a májra gyakorolt hatására gondol. Mások (*Epstein*) a mérgezésgátlást a reticulo-endothelialis rendszerre kifejtett hatásával magyarázzák. *Vitéz Simon* a C-vitaminnak az oxydációt gátló hatásával magyarázza az elért jó eredményeket.

Feltehető volt, hogy az ascorbinsav savanyúsága is szerepel. Azonban *Károlyi* a pH hatást kiküszöbölte, ugyanis lúggal közömbösítette a C-vitamin-oldatot, mielőtt összehozta a neosalvarsannal és ez az oldat sem bomlott el hamarabb, mint a nem lúgosított C-vitamin-neosalvarsan keverék. Szerinte az ascorbinsav a neosalvarsan szabad  $\text{NH}_2$  csoportját köti meg, additív vegyületet képezvén és így a neosalvarsan praecipitációs készségét kisebbíti. Serummal in vitro kísérleteiben ezt ki is mutatta. Elgondolása szerint a praecipitációs készség kisebbedésével csökken a mérgező hatás is. Már *Lumière* is bizonyos allergiás jelenségeket a praecipitációval magyarázott.

*Jancsó* alapvető kísérletei óta pedig tudjuk, hogy a salvarsan-toxicitás, illetve a heveny salvarsan-ártalom szorosan összefügg a praecipitációval. *Jancsó* hívta fel a figyelmünket arra, hogy ha C-vitaminnal keverve adjuk a neosalvarsant, akkor ennek élete a szervezetben hosszabb lesz, mert lassabban bomlik el, nehezebben praecipitál, így heveny mérgező hatása csökken, anélkül, hogy csökkenne a gyógyító hatása. Az ő tanácsára folytattuk aztán tovább a neosalvarsan és a C-vitamin együttes adását.

Ami a második kérdést illeti, azaz a neosalvarsan gyógyító hatásának csökkenését C-vitaminra — a vélemények ellentmondóak. Többen (*Durel*, *Károlyi*) úgy vélték, hogy a C-vitamin hozzáadására nem csak az arsenobenzol toxicitása, hanem a gyógyító hatása is csökken és így kivételes eseteket nem számítva, nem ajánlják alkalmazását. *Károlyi* szerint, amint fentebb mondtuk, az ascorbinsav és neosalvarsan keveréke olyan vegyületet képez, amelynek nemcsak toxicitása, hanem gyógyító hatása is kisebbednék. *Durel* egerekkel kísérletezett. *Trypanosoma brucei*-vel fertőzte állatokat és azt találta, hogy a C-vitamin-neosalvarsan keverék kevésbé hatásos, mint a tiszta neosalvarsan. De nem bizonyos, hogy hasonló eredményt ért volna embereken, mert a két szervezet között lényeges különbségek vannak. Pl. az egér a C-vitamint szintetizálni tudja;

azonkívül *Durel* kísérleteiben trypanosomafertőzésekkel végezte megfigyelését, ez pedig sok esetben egészen másképpen viselkedik, mint a spirochaeta, hogy csak egy példát említsünk, a mesterséges hypoglykaemiára a trypanosomák elpusztulnak, a spirochaeták nem.

*Dainow* arra is rámutatott, hogy számítása szerint *Durel* 20-szorosan nagyobb C-vitamin adagokat használt, mint ő (*Dainow* átlag 60 ctg-ot, mi 120–150 ctg-ot adunk egy kúrában). *Dainow* meggyőző klinikai érveket is hoz fel *Durel* ellen? 55 seronegatív elsőleges syphilit kezelt, mindegyik csak egy kúrát kapott, átlag 6–7 g arsenobenzolt és egyiknek sem lettek. sem a kúra alatt, sem azután pozitívak a seroreakciói, 4 beteg csak arsenobenzolt, egy bismuthot is kapott. Egy esetben, mikor a kezelést a fekély jelentkezése után 16 napra kezdték el és a beteg eleinte nagyon rendetlenül járt a kezelésre, a seroreakciók pozitívvá váltak, 6 hónappal az első kúra után, de a második kúra végére negatívvá váltak és még két év múlva is azok maradtak.

*Kühner* szintén azon a véleményen van, hogy a C-vitamin nem gyengíti a neosalvarsan gyógyító hatását. Ő seropositív elsőleges és másodszaki syphiliseseken azt tapasztalta, hogy a fekélyek és a másodszaki tünetek, valamint a serológiai reakciók ugyanúgy változnak meg, mint azokban a kontroll esetekben, mikor nem adtak C-vitamint. Ő még nagyobb C-vitamin adaggal dolgozott, mert 20 ctg-ot adott egy injectióban.

*Cormia* azt írja, hogy nem lehet betegeken végzett észlelések alapján *Durel* aggodalmait megerősíteni, hogy a C-vitamin az arsenobenzol gyógyító hatását csökkentené, viszont azt ki lehetett mutatni, hogy a mérgezés hatását csökkenti.

A C-vitamin vélt gátló hatását ki lehetne mutatni:

1. a spirochaeták eltűnésének késésével a fekélyekből,
2. a klinikai észlelések alapján.
3. a serológiai reakciók alapján.

Már *Levaditi* és *Vaisman* is felhívták a figyelmet arra, hogy már az első arsenobenzol- és bismuth-injectiók után a spirochaeták mozdulatlanok válnak, majd eltűnnek. Abban a néhány esetben, amelyben a C-vitamint az első injectiótól kezdve adtuk, nem tudtuk kimutatni a spirochaetákat már az első injectiót követő 3. napon sem.

Mi főképpen a klinikai észlelésekre és a serológiai reakciókra kell, hogy támaszkodjunk, mivel legtöbb esetünkben a C-vitamint csak a 3. injectióban kevertük a neosalvarsanhoz, mikor növelni kezdtük az adagokat. Eljárásunk a következő volt:

A neosalvarsant 8–10 cm vízben oldjuk fel, ehhez szívunk 10%-os ascorbinsav (vitaplex-C 10%) oldatból 1 cm-t (10 ctg) ritkán



kevesebbet vagy többet. Az injectiókat mindig igen lassan adjuk. Rendesen a 3. injectiótól kezdve adjuk az ascorbinsavas keveréket, mikor az adagokat növelni kezdjük. Megfigyeléseink szerint ugyanis a nagyobb dosisokat tűrik rosszabbul a betegek.

A Sézary által bevezetett intermittáló neosalvarsan-bismuth vegyes kúrákat alkalmaztuk, csak abban térünk el módszerétől, hogy míg ő már a 6. injectióban 90 ctg-ot ad hetenként 1-szer, ugyanakkor kétszeres adag olajos oldhatatlan bismuthsóval mi átlag nem léptük túl férfin a 60, nőn a 45 ctg-ot és lassabban növeltük az adagokat. Férfiakon 30 ctg-os neosalvarsannal kezdjük a kúrát s hetenként kétszer adunk injectiókat. Két 30 ctg-os, 3—5 45 ctg-os neosalvarsan után adunk csak 60 ctg-ot. Ugyanakkor olajos bismuth-oldatot használunk ( $\frac{1}{2}$  kem medobist). A bismuth-injectiót is akkor adjuk, amikor a neosalvarsant. Egy kúra alatt átlag 6—7 g neosalvarsant, 12—18 bismuthot és 1.20—1.50 g ascorbinsavat adtunk. Elsőleges seronegativ syphilis eseteiben legalább az első kúrát még a nagyobb összes dosissal (7—8 g neosalvarsan) végeztük.

Összesen 30 esetben 55 kúrát végeztünk C-vitamin-neosalvarsan keverékkel. Betegeink 20 és 45 év közötti városi és falusi, de általában jól táplált, más betegségben nem szenvedő egyének voltak, többségben férfiak. Mint rendőrorvoshelyettes 6 esetben kaptam olyan beteget, akiket a főorvos azzal a megjegyzéssel küldött hozzám, hogy nem tűrik a neosalvarsant, mert az injectió napján, esetleg két napig is olyan rosszul vannak, hogy szolgálatképtelenek.

9 esetben olyan egyének, akik nagyon nehezen viselték el a neosalvarsant (rosszullét, hányás, hidegrázás, 39—40 fokos láz), C-vitamin hozzáadására tökéletesen jól tűrték az injectiókat, csak nagyon ritkán lehetett észlelni intolerantia tüneteit, de akkor is mindig sokkal kisebb mértékben, mint mikor C-vitamin nélkül, kapták a befecskendéseket. Három esetben erős hidegrázást észleltünk, már a 45 ctg-os injectióktól is. Két esetben 39 fokon felüli láz keletkezett az injectió után  $3\frac{1}{2}$ —4 órára. Három esetben igen erős hányinger és hányás. Ezek közül egyik beteg már a 30 ctg-os neosalvarsan után olyan rosszul volt, hogy alig lehetett rávenni a kúra folytatására. 10 ctg C-vitamin hozzáadására azonban még 45 ctg-os neosalvarsanokat is jól tűrte. Egy esetben, az injectió után félórára, igen heves fejfájás támadt. Egy esetben, mikor csak 5 ctg ascorbinsavat kevertünk a neosalvarsanhoz, nem láttuk a megszokott jó eredményeket, de 10 ctg hozzáadására a beteg tökéletesen jól tűrte a befecskendést. Egy esetben 10 ctg sem volt elég az erős fejfájás megelőzésére, 20 ctg ascorbinsav azonban meghozta a várt jó eredményt. Ez a két eset is igazolja Takahashi és munkatársainak megfigyeléseit. Két esetben olyan

betegről volt szó, akik 1, illetve  $1\frac{1}{2}$  évvel ez előtt sárgaságban szenvedett (nem salvarsan-icterus). Ezek is jól tűrték a C-vitamin-neosalvarsan keveréket. Mi is úgy találtuk tehát, hogy a C-vitamin a neosalvarsan bírását növeli.

Ami a feltett gyógyításgátló hatást illeti, a következő 13 esetünk ennek ellentmond: Összesen 7 seronegativ elsőleges syphilit kezeltünk, ezek mind seronegativek maradtak.

Két esetben kezeltünk olyan elsőleges syphilit, mikor a vér a kúra megkezdése előtt negativ volt, a második injectió után enyhén pozitívra vált; tehát mikor a C-vitamin-neosalvarsan keveréket alkalmazni kezdtük, a vér enyhén pozitív volt. Akár azért, mert ezek a betegek későn jelentkeztek (10. és 14. napon a fekély jelentkezése után), akár a Tzank által leírt seropozitiv hullámról volna szó, az első kúra végére ezeknek a betegeknek a seroreactióik negativra váltak. Három esetben seropozitiv syphilit kezeltünk. Az első kúra után negativak lettek a seroreactióik. Az elsőleges fekélyek a 4—5 befecskendés után hamisodtak be.

Egy esetben seropozitiv lappangó luesst kezeltünk. Házasság előtti vizsgálatkor derült ki, hogy a terhességének 3. hónapjában levő nőbeteg seroreactiói erősen pozitívak. Az első kúra után negativra lettek. A beteg a második kúra után egészséges leánygyermeknek adott életet.

Igy tehát sem a klinikai észlelés, sem serologiai adataink alapján *nem vettük észre, hogy a C-vitamin a neosalvarsan gyógyító hatását gátolta volna.*

### Vasoneurosis specialis.

Irtá: *Hady Antal dr.*, a bdp. Ford Motor rt. üzemorvosi rendelőjének főorvosa.

Az orvostudomány fejlődésében mindig nagy szerepet játszottak az emberek életében időnkint bekövetkező *rendkívüli viszonyok*. Ide tartoznak többek között különösen a nagy háborúk és epidémiák, amelyek szükségképpen gyakran együtt is járnak. Ilyenkor az emberek élete mindig megváltozik és ez a legtöbbször egészen gyökeres változásokat hoz magával. Természetes azonban, hogy ekkor nemcsak a *külső* viszonyok változnak meg a kényszerítő körülmények folytán, hanem az emberi szervezet *belső* életműködései is megsínylik a nekik szokatlan, sőt gyakran káros rendkívüli behatásokat.

Az elmúlt 1943. évben a Ford Motor rt. üzemi rendelőjében egy olyan különleges körképet észleltem, amelyet egyrészt tudomásom szerint még sehol sem írtak le, másrészt — a vizsgálatokból következtetve, — a tünetcsoportot éppen a fentemlített rendkívüli (háborús) viszonyok idézik elő. Ezt egyébként a csatolt táblázatok nyomán orvostudományi szem-







## II. TÁBLÁZAT

(1943. év)

Ápr.	Aug.
11. Eset. Hitler-Mussol. találk. (ápr. 7—10)	1. Eset. Ciano vatikáni lemondása
12. 1	2. 17
13.	3. 18 Légítámadás a román olajvidék ellen
14.	4.
15. 2	5.
19 nap szünet	6. Orel csata
Máj.	7. Orel kiürítése
4. Katyni tömegsír hírei	8.
5. 3	9. 19
4 nap szünet	10. A londoni rádió fenyegeti Budapest lakosságát
10. Bizerta kiürítése	11.
11. 4 Tunisz kiürítése	12. 20
12. 5 Churchill Washingtonban	12. 21
13. 6	13.
14. Afrika kiürítése	14. Legelső légiriadó Budapesten
15.	15.
16.	16.
17. 7	17. 22 Szicília teljes kiürítése
24 nap szünet	5 nap szünet
Jún.	23. 23
10. Pantelleria elesik	24. Berlin nagy bombázása
11. 8	25. 24 A charkovi csata
12.	26. 25 Charkov kiürítése
13.	26
14.	27. 27
15. 9	7 nap szünet
25 nap szünet	
Júl.	Szept.
11. Szicíliai partraszállás	5. Partraszállás Olaszországban
12.	6.
13. 10	7. 28
7 nap szünet	8. Olasz fegyverletétel
21. Róma első bombázása	19 nap szünet
22. 11 Hitler—Mussol. találk.	28. 29
23.	29.
24. Nagy keleti anyageseta	30.
25.	
26. 12	
27. 13 Mussolini bukása	Okt.
14	1. 30
28. 15	65 nap szünet
29. 16 Fascistapárt feloszlat.	
30.	Dec.
31.	7. 31

(A kisebb eltolódások oka lehet az, hogy rádióon legtöbbször előbb hallhatók a hírek.) Az 1943 július 21-től szeptember 7-ig elteit mozgalmas időkben pedig *valósággal halmozód-tak* az esetek.

Külön alkati megátja ezt a következtetést az *egyének alkati (constitutionális)* adatai (I. táblázat). Hajlamosak a kórképre a kissé nagyobb pulsszámú és vérnyomású soványabb, ú. n. ideg-emberek. Ezek közt is túlnyomóak a férfiak, akiket köztudomásulag mindig jobban foglalkoztatnak az ilyen események hírei, mint a nőket. Viszont kevésbé hajlamosak a serdülő és a megállapodottabb korúak. Előbbiek nyilván azért, mert félig gyerekaggyal nem fogják fel még a rendkívüli események teljes horderejét, utóbbiak pedig mivel kiegyensúlyozottabb élettapasztalatukkal nem reagálnak annyira azokra, továbbá pl. katonai behívástól sem tartanak annyira.

Eseteim tünetmechanizmus tekintetében közel látszanak állani a *Babinski* által általánosabban megformulázott »Troubles nerveux d'ordre reflexe« kórképhez, hazánkban pedig *Benedek* írta le a sérüléssel idegességről szóló monografiájában a hozzájuk hasonló külső behatásokra előálló vegetatív tünetesoportot.

Beszámolóm eredetisége tehát elsősorban — mint már hangsúlyoztam — a tünetek szinte tipusos megismétlődésében áll, szemben az eddig közölt esetek többé-kevésbé diffus, változó reakcióival.

**Összefoglalás.** A leírt különleges kórkép (vasoneurosis specialis): rendkívüli idők betegsége, amelyre főként nagyvárosban lakó, 20—35 éves, soványabb testalkatú és élénk vérmérsékletű férfiak hajlamosak. *Tünetei* változatos fejf, gyomor- és szívjelenségek, amelyek legtöbbször keverednek egymással. *Kiváltásában* valószínűleg komoly szerepet játszanak a nagyobb horderejű, nyugtalanító világesemények. Az elváltozás *lényegében* külső benyomásokra idegrendszeri alapon keletkezett subacut vérkeringési zavart (vérszegénységet) kell feltennünk az említett szervterületeken. Utóbbit igazolja az is, hogy a tünetek ellen sympathikus izgatók, mint »keringés-szabályozó« gyógyzserek kitűnő eredménnyel használhatók.

A budapesti I. sz. sebészeti klinika közleménye.  
(Igazgató: Matolay György ny. r. tanár.)

## A Spiegel-féle sérv.

Irta: ifj. Hüttl Tivadar dr.

Linea semilunaris Spiegelii-nek nevezük a haránt hasizomnak azt a középfelé homorú ívét, amely mentén annak izmos része aponeurosisában folytatódik. Ez a vonal a köldök és az elülső-felső csipőtővis között húzott vonalat a belső és középső harmad határán metszi. A köldök felett az egyenes hasizom mögött helyezkedik el. Jelentőségét az adja meg, hogy az oldalsó hasfal sérvei többnyire ebben a vonalban lépnek ki és ezeket az irodalom Spiegel-féle sérveknek is nevezi. Itt ugyanis működésükben egységes, de rugalmasságukban különböző szövetek találkoznak, melyeket erek és idegek kilépése is gyengít és így ez a vonal sérvképződésre különösen alkalmas.

A szerzők többsége a Spiegel-vonalban kilépő sérvet keletkezésében különleges szerepet tulajdonít a hashártyaelőtti zsírdaganatnak. Szerintük megfelelő előidéző ok hatására az art. epigastrica inf. egyik kis ága mentén a zsírdaganat a haránt hasizom rostjai közé nyomul és maga után vonszolja a hashártyát. A sérvtömlő a hashártya előtt, az izomzat között és a bőr alatt helyezkedhet el. A sérvtartalom többnyire cseplez és vékonybél-



kaes, de az előbbieket mellett lehet a haránt vastagbél és a felszálló vastagbél kétharmada, a húgyhólyag, a here, sőt a gyulladással feregnyulvány is (*Hudacsek*.) Az ilyen esetek természetesen ritkaságszámúak. A Spiegel-f. sérvök többnyire olyan kicsinyek, hogy külső vizsgálattal fel sem ismerhetők.

54 éves nő, 3 hónapja jobb alsó hasfelében időnként görcsös fájdalma van, amely néhány napja igen erős. Két napig székrekedése volt, de aznap reggel beöntésre bőséges széklet és szelek távoztak. Néhány hónapja több kilót fogyott. 3 rendes szülése volt. Jól fejlett, kövér. Hasa elődomborodó, puffadt. A vakbél tájék nyomásra érzékeny, ugyanígy igen erős izomvédekezés. Egyéb-ként kóros resistencia nem tapasztalható. Row-sing- és Blumberg-tűtet nem váltható ki. Fehér-vérvétszám: 10.500. Hőmérséklet: 36,8 C. Nőgyógyászati lelet: Menopausa. Norm. uterus anteflexió-versióban. Szabad környezet.

A panaszok és lelet feregnyulvány gyulladásra utalnak. Minthogy egész betegsége alatt láztalan volt és jelenleg is az, széklet, szelek távoztak, fájdalma nem egészen típusos és érverése kifogástalan (80/min.), a műtéttel várunk. A vakbél tájékra jegesborogatást helyezünk. Másnap reggel a has puffadása fokozódott, széklet, szelek nem távoznak.

Azonnali műtét: A feregnyulvány ugyan heges, felcsapott és a vakbél hátsó falára lapszerűen ráöntött, de az említett tüneteket semmi esetre sem okozhatta. Csonkolása után a metszést lefelé meghosszabbítjuk és kitűnik, hogy a linea semilunaris Spiegelii-nek megfelelően gyermekökölnyi sérvkapu van, melyben vékonybélkacs helyezkedik el. A sérvtartalmát kibuktatjuk. A sérvtömlőben fekvő vékonybélkacs élénkpiros színű, a leszorítási gyűrű kissé háványabb, de néhány perc múlva rendes színét visszanyeri és a belfodor erei lüktetnek. A sérvtömlő csonkolása, a hashártya és az izomzat egyesítése után a bonyét kettőzzük és a lágyékszalaghoz is hozzáöltjük. Bőrvarrat.

A beteg zavartalan sebgyógyulás után a 12. napon panaszmentesen távozik.

A Spiegel-f. vonalban kilépő sérvök ritkák. *Klinkosch* első közlése óta (1764) mintegy száz eset ismeretes. Klinikánk 15 éves beteganyagában 1604 sérv között egyszer sem fordult elő (*Novák-Rigler*). Többnyire többször szült asszonyokon észlelték, amely körülmény a terhesség és a szülés hajlamosító befolyására vall. Egyrészt a terhesség alatt egyre fokozódó hasi nyomás okozhatja, másrészt pedig szülés utáni laza hasfalon keletkezhet. *Pampari* a 10. szülés után kizáródott köldök-sérvvel műtetre kerülő betegén a Spiegel-vonalban 3 tág sérvkaput és sérvet talált. Esetünkben a megelőző 3 szülés okozta laza hasfal és a beteg hirtelen lefogyása lehetett a hajlamosító tényező. A szerzők többsége a hasfalat ért sérülés szerepét is hangsúlyozza. *Eljasovic* 2 évvel a sérülés után keletkezett Spiegel-f. sérvet észlelt. *Leoni* és *Scopinaro* az öröklött hajlam és az esetleges fejlődési (ér-elágazódási) rendellenességek kóroktani hatását is fontosnak tartják. Utóbbi kétnapos csecsemőn észlelt a Spiegel-vonalban kizáródott

sérvet, mely spontán bélsipoly keletkezése után béllezárodás tünetei között között halált. Érdekes, hogy a betegnek két testvére is hasfali sérvben halt meg. *Costa* esetében a linea semicircularis Douglasi szokatlanul magasan volt és a sérv keletkezését ezzel a körülménnyel hozza összefüggésbe. *Rybakov* szerint legfontosabb tényező a haránt hasizom bonyójának gyengesége. *Quervain* veleszületett Spiegel-f. sérvet észlelt, melynek oka a hasfal-izomzat gyenge fejlettsége volt. *Angé* és *René* 25 éves férfin a haránt hasizom hiányát állapíthatták meg. *Drescher* betegének ugyanazon oldali veleszületett csipőficama volt, amely az izomszerkezet megváltoztatásával a sérv keletkezésének oka lehetett.

A Spiegel-féle sérvök tünetei igen változatosak. Rejtett elhelyezkedésük miatt a betegek hirtelen észlelik és többnyire csak a hirtelen alhasi fájdalom és a kizáródás tünetei hívják fel rá a figyelmet. A kizáródás igen gyakori szövödmény. A sérvkapu ugyanis rendszerint igen szűk és a törzs hirtelen mozdulatokkor erősen megfeszülő haránt hasizom is megkönnyíti a sérv kizáródását. Az irodalmi adatok szerint az esetek 40–68%-a kizáródással kerül műtetre. Már ez a körülmény is fontos tenné a korai körjelzést, ami azonban többnyire lehetetlen. A kórisme, még akkor is, ha a sérv határozott panaszokat okoz, csak a valószínűség határán mozoghat, és csak a műtét alkalmával válik biztossá. Az alhasban jelentkező húzó, néha görcsös fájdalom sokszor évekig fennáll, a nélkül, hogy a legesekélyebb objectív tünet kimutatható volna. Máskor, különösen a jobb hasfélben hirtelen fájdalom és elesettség, feregnyulvány-, epehólyag- vagy petefészekgyulladás, adnex-folyamat vagy ureterkő-roham körképét utánozhatja. *Korabelnikov* egy betegét sokáig gyomorfekély kórismével kezelték.

Az elkülönítő körjelzés megkönnyítésére *Anzilotti* oldalirányú rtg.-felvételt ajánl, amikor a sérvtömlőben fekvő bélkacsok feltűnethetők. *Goyena* ezt az eljárást sikerrel alkalmazta.

A betegség kezelése, különös tekintettel a kizáródás gyakoriságára és nagy veszélyére, kizárólag műtéti lehet. Többnyire elégséges a hasfal rétegeinek egyszerű egyesítése, néha azonban a bonye kettőzése válik szükségessé. Nagyobb hasfali hiányok pótlására ajánlják a szabóizommal végzendő plastikát. Ezt a meg lehetősen nagy beavatkozást azonban a környezetből vett izomlebennnyel többnyire elkerülhetjük.

Esetünket nemcsak irodalmi ritkasága miatt tartottuk közlésre érdemesnek, hanem azért is, hogy rámutassunk arra, hogy bizonytalan eredetű alhasi panaszok esetén, egyéb kimutatható ok hiányában, ennek a ritka sérvnek lehetőségével is számolnunk kell.



## IRODALMI SZEMLE

## SEBÉSZET

Rovatvezető: Benes Lajos és Rhorer László.

**Traumás és vegyi eredetű myositis. M. Jent, Basel.** (Schweiz. med. Wschr. 1944. Nr. 20.) Szövet-tanilag még nem tisztázott izomkárosodás. A traumás eredetű myositis rendszeren katonák, sportolók és munkások betegsége. Jellemző reá, hogy viszonylag kicsiny, ugyanazon izomesopontra ható, gyakran ismétlődő behatás váltja ki. Sorozatos állatkísérleteknél kitűnt, hogy olyan traumák is, amelyek klinikai tünetekkel nem járnak, jellemző szövettani elváltozásokat okozhatnak: az izomkötegek elfajulását, reaktív gyulladást és regenerációt. Vegyi eredetű myositist az izomba adott injectiók váltanak ki. Szerző Adrenalin, Solvochin, Acid. lact. és Aqua dest. befeeskenedése után végzett szövettani vizsgálatokat. Megfigyelhető a szabályszerűen fellépő izomkárosodás, amely — amint a destillált vízzel való ellenőrzés mutatja — nem mechanikai vagy osmotikus tényezők eredménye. A szövettani kép az alkalmazott anyag szerint különböző. (R. 16.)

Szendrői Zoltán dr.

**A ganglion stellatum novocain és alkohol-béniásának klinikai jelentősége. Herge, (Dtsch. med. Wschr. 1944. 13—14.)** A gangl. stellatum 1%-os, adrenalinmentes novocainnal való beszűremítését körjelző és gyógyító céllal ajánlja. Hatására bekövetkező aktív vérbőség, a symp. centripetalis érző rostjainak kikapcsolása és az izomzat tónusának csökkenése jótékonyan hat a váll és a felsővégtag különböző eredetű fájdalmas megbetegedésénél — elsősorban azoknál, amelyek vasomotoros-trophikus eredetűek. Könnyebb esetben novocain, súlyosabbnál alkohol befeeskenedés jogsult. Utóbbi után huzamosabb ideig Horner tünetegyüttes marad vissza. A szerző eljárását sikerrel alkalmazta fagyások, égési sebek, panaritiumok, kézphlegmonék, felkar és vállsérülések stb. fájdalmas utókezelésénél, valamint daganat okozta neuralgiák, Sudeck atrophia, arthrosis deformans stb. gyógyításánál. A sympathektomia várható műteti eredménye az előzetes novocain beszűremítéssel megítélhető. (R. 9.)

ifj. Hüttl Tivadar dr.

## METALIX RÖNTGEN

## RÉSZVÉNYTÁRSASÁG

BUDAPEST, IV., MÚZEUM-KORÚT 37

TEL. 182-680, 383-135.

## CONTRATUSSIN SYRUP:

Bronchitis — tracheitis — pertussis

FŐRAKTÁR: Dr. BAYER ANTAL GYÓGYSZER-TÁRA BUDAPEST, VI., ANDRÁSSY-ÚT 84



## GYÓGYSZER KÜLÖNLEGESSÉGEK.

Aurocard  
LIQUIDUM

Perorálisan adagolható Myokardium és cardiotrop növényi kivonatokat tartalmazó kardiotónikum.

Coffea  
PULVIS Königsfeld

Physiologailag aktív hatóanyagokat tartalmazó szénkészítmény. Mint szén adsorbeál, antibactericid hatás, redukáló hatás, deszenzibilizáló, desinficiáló.

Echinacin  
INJEKCIÓ ÉS LIQUIDUM

A szervezet immunbiológiai reakció-késztségét fokozó, antiphlogisticus hatással bíró növényi fehérje és lipoid készítmény.

Hamamelon  
KENŐCS

Növényi vitaminokat és sebhormonokat tartalmazó készítmény. Regeneráló, desinficiáló, adstringáló és virolízis.

MINTÁVAL, IRODALOMMAL KÉSZSÉGGEL SZOLGÁL

SZILÁGYI  
gyógyszervegyészeti laboratórium  
BUDAPEST, II. ERŐD-U. 11.



# MALTIRON

Prof. Hainiss előírása szerint készített, az íróhoz hasonló fehérjedús, zsírszegény, szénhydrátokkal kiegészített gyógytápszer

## Hasmenéses csecsemők részére

Javallva: Dyspepsia, dysenteria, entero-colitisek és exsudatív diathesis bélmanifestációi eseteiben  
Alkalmazása: a hasmenést csökkentő gyógytáplálékoknál szokásos irányelvek szerint.

Szabadon rendelhető: Közgyógyszerellátás terhére

Krompecher tápszer- és gyógyszeripari kft. Budapest, V., Nádor-utca 15

*Tonopar sol.*  
kellemes ízű máj-, vitamin- és réztartalmú  
antianaemicum, tonicum, roborans  
STRAUB SÁNDOR  
*Diachemia*  
Budapest, VI., Teréz-körút 27.

# Pervitin

1-phenyl-2-methylaminopropan-hyd ochlorid

## Centrális analeptikum tartós hatással a vérkeringésre

Hypotoniák és következményes állapotok: szédülésre és ájulásra való hajlam. Műtét után és fertőző betegségek folyamán előforduló kimerültségi állapotok. Ébresztőszer- és légzési analeptikum narkózisban és mérgezéseknél.

TEMLER-WERKE-BERLIN-JOHANNISTHAL

Nagyországi képviselő: KISS ÁRPÁD, Budapest VII., Izabella-tér 5. Telefon: 424-277



## SZEMÉSZET

Rovatvezető: Györffy István

**C-vitamin és intraocularis folyadék.** *Friedenwald és mások.* (Arch. of Ophth. 1943 apr.) A sugártest redoxpotenciáljánál fontos szerepet játszanak az enzimek, köztük az ascorbinsav is. Festési eljárások szerint a nyúlványok extravascularis stromájában egyenletesen oszlik el. Ez emelhető venás C-bevitellel. C-mentes diétán tartott állatokban lényeges C-csökkenés mutatható ki néhány nap múlva. A concentratio a szem belsejében hamarosan visszatér egy venás befecskendezésre. A ciliaris stroma és hámszövet közötti normalis elektromos különbség fenntartásához a C-vitamin szükséges; ugyanez áll a normalis vízforgalom, lefolyására. Az ascorbinsav reversibilisen kötődik egy acidophil anyaghoz a sugártest stromájához. C-vitamin-befecskendezésre ez először a ciliaris hámban mutatható ki. (Gy. 6)

Györffy István dr.

**Pangásos papilla a koponya lövési sérüléseiben.** *Kyrileis.* (Gräfes Arch. 1943. 4.) Pangásos meningitis. Olykor a conservatív eljárások (vizjelenség a szemfenéken a sérülés első napjaiban intracranialis vérzés jelenléte mellett szól, mely sürgős beavatkozást igényel. Az első hét végén jelentkező pangásos papilla az aseptikus post-traumás agynyomás-szak kifejezője; oka agyvizenyő vagy duzzadás. Műtét ilyenkor nem javallt, a rosszindulatú agyvelőesés veszélye miatt. A 2. hét végén vagy később jelentkező pangás liquornyomás emelkedésre utal, mely telenítés, sulfamidok, gerinccsapolás átsegítenek. A pangásos papilla ismételt fellépése szövődemény jele (késői tályog). A rendszeres szemfenéki ellenőrzés valamennyi áthatoló koponyapunctióra javul; gyakori a korai tályog vagy sérülés esetén elengedhetetlen. (Gy. 2)

Györffy István dr.

**PHYLAXIA**

**SZÉRUMTERMELŐ R. T.**  
Budapest, X, Szállás-utca 3.

Városi irodája:

Budapest, VII., Rottenbiller-utca 26

Telefon: 424—383, 425—730

**Opsodermin**

staphylococcus vakcina

**Opsogon**

gonococcus vakcina

**Pertussis**

vakcina „forte” megelőző és gyógyítási célra

**Polymycin**

vegyes gombafertőzés ellen

**Trichosan**

trichophytiasis ellen

**Gelatina ster. 10%**

vérzések csillapítására

**B<sub>1</sub> vitamin, chinaösszalkaloida, arsen és strychnin tartalmánál fogva ideális étvágyjavító, hizlaló és roborans a**

**VITACHINA DRAGÉE**

Gyártja és forgalomba hozza:

**REX Gyógyszervegyészeti Gyár és Gyógyszerkereskedelmi R. T.**  
BUDAPEST-DEBRECEN

**VITAPLEX „B<sub>1</sub>”-CHINOIN**HAZAI GYÁRTÁSÚ, KRISTALYOS „B<sub>1</sub>”-VITAMIN KÉSZÍTMÉNY

Különféle eredetű neuritisek, polyneuritis, neuralgiák, ischias, migraine herpes zoster, diabetes mellitus, hyperemesis, myocardialis elváltozások nephritis, ulcus étrend, gyomor- és bélrák, sclerosis multiplex

AMPULLA: 3 és 15×2 mg, 3 és 15×10 mg, 5×50 mg, 3×150 mg

TABLETTA: 20×1 mg, 20×3 mg, 20×12 mg





# GRANULOCITOGEN

SPECIFICUM  
AGRANULOCYTOSISBAN

»CERTA« GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R. T. BUDAPEST

## LAPSZEMLE

Wiener Klinische Wochenschrift 27–28. sz.  
Török S.: Hyrtl József halálának 50 éves évfordulója. — *Hofst G.*: A gégefő sebészete. — *Holler G., Mathis A. és Orner E.*: A háborús járványok kaszistikája és terapiája. — *Thaddea S.*: Symptomatikus anaemia pernicioza.

29–30. sz. *Sauerbruch F.*: Billroth Tivadar halálának 50 éves évfordulója. — *Gössl W.*: Haemoptysis esete Osler-féle megbetegedésben. — *Janota O. és Roubicek J.*: A görcstherapia jelentősége a psychiatriai diagnosztikában. — *Siegmund H.*: Terhesség és anyavédelem. — *Wich O.*: A jobb mediastinumszegély jóindulatú daganata időnkénti spontán mozgathatósággal.

Wiener Medizinische Wochenschrift 27–28. sz.  
*Wischer F.*: Amputált hadisérültek munkaképessége. — *Birkmayer W.*: Agysérültek munkába állításának lehetősége. — *Reichel W.*: Tüdőtuberculozikusok és tüdőserültek munkaképessége. — *Neusser*: Munkaképtelenség a társadalombiztosítás szempontjából. — *Gig. I.*: Gynäkologiailag beteg nők munkaképessége.

29–30. sz. *Belinoff S.* professzor emléke. — *Scherber G.*: A vitamin A, D és E hatása a leukoplakiára és rákra. — *Bayer R.*: A mindennapi gyakorlatból. — *Benedek L.*: Kóros szervérzékenység chronikus encephalitis epidemica esetén. — *Dujmusic S.*: Thorakoskopiás fibrinolysis.

## VEGYES HIREK

Hösi halált halt *Dávid Zoltán* orvosszázados a keleti fronton 28 éves korában. Emlékét kegyelettel őrizzük!

Halálozás. *Krückmann Emil*, a szemészet nyug. professzora. Berlinben 79. évében. — *Panning Gerhard*, a törv. orvostan tanára Bonnban 43 éves korában. — *Pels-Lensden Frigyes*, a sebészet nyug. professzora Greifswaldban. *Richter Vilmos* prof., a greifswaldi bőrklinika igazgatója, a keleti fronton hősi halált halt.

Egyetemek évfordulói. A hallei egyetem 250 éves, a königsbergi egyetem 400 éves évfordulóját ünnepelte júliusban.

Az 1943. évi Balatonfüredi Orvosihét 17 előadását egy 188 oldalas füzetben adta ki az »Orvosi-tanács« Boros prof. előzavával. A kiváló előadók s az előadások mindenkit érdeklő címei, illetőleg témái biztosítják kartársaink érdeklődését e hasznos füzet iránt.

Új alapítások. Pozsonyban 150 ágyas rákkórházat csatoltak az egyetemi klinikákhoz. — A kopenhágai Finsen-bizottság 100.000 dán koronából egy rákkutató laboratóriumot állított fel Engelbreth-Holmy prof. vezetése alatt. — A stockholmi egyetem egy orvosi Nobel-intézet felállítását határozta el 3 osztállyal (biochemia, neurophysiologia orvosi sejtkutatás). A mintegy 1½ milliárdnyi költséget a Nobel-alapítvány orvosi osztálya fedezi.

Szófiában egyetemi város felállítását tervezik a Slatinai magaslaton, ami a professorok és diákok lakásait is magába foglalná. A tervet Katzaroff prof. készítette.

A Goethe éremmel tüntetettek ki. *Lange F.* prof., a híres müncheni orthopaed: *Zorkendorfer K.* prof., a marienbadi kiváló balneológus 80-ik évük befejeztével és *Schennert A.* prof., a birodalmi vitaminkutató intézet elnöke 65. életévének befejezése alkalmából.

A frontátvonulások áttekintése 1944 május első feléről. A május 1–15. közötti időszak gazdag volt a betörési frontokban és szegény a felsiklási frontokban. A betörési frontoknak az átlagos fejlettségük is a normalisnál nagyobb volt; a 42 betörési front közül 10 esik az erős fejlettségű, 25 a mérsékelttel fejlett és mindössze 7 a gyenge fejlettségű csoportba. A felsiklási frontok 3 mérsékelt fejlettségű frontátvonulással voltak képviselve.

A budapesti frontátvonulások részletes történetéből kiemelendők az erős fejlettségű betörési frontok átvonulásai 3-án este 23 órakor, 5-én 24 órakor, 6-án 20 órakor, 7-én 18 órakor, továbbá az erős betörési frontok igen halmozott fellépése 11-én délelőtt (3 órán belül 4 frontátvonulás), valamint a 12/13-ik éjszakán (6 órán belül 2 front). Az időadatok nyári időszámításban értendők.

Aujesky dr.

**LAXOPTIN** Ideális, enyhe hatású hashajtó. Éveken át jó eredménnyel szedhető

Laikus propagandával nem vezetjük a közönséget öngyógyításra

„NAGY KRISTÓF” gyógyszer-tár, IV., Váci-utca 1

**DERMASEPT KENŐCS** SEC. ZOMBORY

15, 30, 50 g-os csomagolásban

INDICATIO: Ekzema, pyoderma, excoriatio, impetigo, dyshydrosis, furunkulosis, sycosis, folliculitis, hydradenitis, renyhény gyógyuló és gyulladásos sebek, alszárfekélyek, égés, fagyás- és minden fertőzött friss sérülés.

Az összes fővárosi kórházakban, OTI, MABI, MÁV, Magyar Ház, B. B. I., M. Kir. Dohányház, B. B. I., M. kir. Posta B. B. I. Székesfővárosi Alkalmazottak Segítő alapja, a Honvédségnél és az összes fegyvertételeknél is szabadon rendelhető.

FELELŐS KIADÓ: VAMOSSY ZOLTÁN

A szerkesztő kedden és pénteken  
12 és 1 óra között fogad.